PRIVATE
DEPOSITORY

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR
J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

113e Année - T. 2 - N° 3
Octobre 1955

MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. X. et P. ABÉLY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART, P. COMBEMALE, P. COSSA, P. COURBON, J. DELAY, P. DELMAS-MARSALET, J. DUBLINEAU, J. EUZIÈRE, H. EY, A. FRIBOURG-BLANC, P. GUIRAUD, J. HAMEL, G. HEUYER, D. LAGACHE, J. LAUZIER, J. LÉPINE, J. LHERMITTE, L. MARCHAND, L. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC, F. PACTET, N. PERON, H. PIÉRON, A. POROT, G. RAVIART, M. RISER, Th. SIMON, G. VERNET, H. WALLON.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1955)

(L'abonnement part du 1er janvier)

France et Union Française	**3.900 frs**
Belgique et Luxembourg	**600 frs belges**
Autres pays	**$ U.S.A. 12**

(Ces prix sont également payables au cours des règlements commerciaux, le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES. CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1954

Les annees *1844*, *1846* et *1847* sont épuisées.

Les années *1843*, *1848*, *1854*, *1860* et *1874* sont *rares* et ne peuvent être acquises qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table generale et alphabetique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930.) 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950). 1 vol.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.
Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.
Centenaire de la Société médico-psychologique, 1952, 1 vol.

Les *Annales médico-psychologiques* forment chaque année 2 volumes in-8°

(*Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus*)

Adresser tout qui concerne la Rédaction au Dr René CHARPENTIER,
27, Avenue de la Costa, Monte-Carlo.

SOMMAIRE DU N° 3 (tome II), OCTOBRE 1955

MEMOIRES ORIGINAUX

E. Minkowski et J. Fusswerk. — Le problème Dostoïewski et la structure de l'épilepsie 369

P. Chatagnon, Mlle C. Chatagnon, L.-S. Grimberg et L. Pilon. — Manifestations réactionnelles de la personnalité et manifestations somatiques pathologiques 410

G. Papadimitriou. — Les syndromes périodiques mentaux non maniaques dépressifs 424

Mme C. Popov. — Inhibition corticale et arrêt des ondes alpha étudiés du point de vue de la physiologie cérébrale pavlovienne 461

SOCIETE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 11 juillet 1955

A. Soulairac, S. Shentoub, Sevestre et Mlle R. Leygues. — Un exemple démonstratif des modifications du quotient intellectuel chez l'arriéré et possibilités d'interprétation 474

A. Lamache et P.-H. Davost. — Instabilité tensionnelle du liquide céphalo-rachidien en rapport avec les oscillations de la pression atmosphérique 478

X. Abély. — A propos du divorce pour maladie mentale 480

Election de membres correspondants nationaux : MM. Pierre Lambert et Adolfo Fernandez 484

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

2, rue Dispan, L'HAŸ-LES-ROSES (Seine) Rob. 30-05

DOCTEUR J. MAILLARD

Ex-Chef de Clinique à la Faculté

Médecin des hôpitaux psychiatriques

HYDROTHÉRAPIE, PYRÉTOTHÉRAPIE, INSULINOTHÉRAPIE, DIATHERMIE

SOCIETES

Société française de neurologie

Séance du 7 juillet 1955

J. Delay, G. Badaracco et S. Brion. — Diagnostic différentiel des maladies de Pick et Alzheimer. A propos de douze observations anatomo-cliniques 485

André-Thomas et M. Bonduelle. — Impatiences du membre supérieur droit et dysgraphie symptomatiques d'un syndrome moteur de ce membre 485

M. Rouzaud et A. François. — Sclérose tubéreuse de Bourneville et dystrophie osseuse pagétoïde 486

Pocher, J. Guillaume et R. Rogé. — Premiers essais d'artériographie cérébrale à enregistrement cinématographique 486

J. de Ajuriaguerra, M. David et Mlle F. Haguenau. — Gliose méningo-cérébelleuse et maladie de Recklinghausen 486

J. Le Beau et M. Dondey. — A propos de la pauvreté des signes électriques dans un volumineux méningiome olfactif 486

A. Thévenard et Mlle J.-M. Marquès. — Myasthénie, anémie aplastique et tumeur du thymus. A propos d'une observation poursuivie depuis 13 ans 486

M. Lamy, J. Nick, Mlle M.-L. Jammet, M. Aussannaire et A. Grasset. — Maladie de Wilson. Apparition de signes neurologiques trois ans après l'installation d'une cirrhose hypersplénomégalique 487

J. Nick, F. Contamin et R. Marteau. — Dermatomyosite subaiguë immédiatement précédée par une hémiplégie brusque 487

Th. Alajouanine, J. Scherrer, F. Contamin, R. Marteau et J. Calvet. — A propos de l'association « Dyssynergia cerebellaris myoclonica » de Ramsay-Hunt et maladie de Friedreich. Etude clinique et électro-myographique . 487

J. Boudouresques, P. Navarrane et J. Roger. — Polynévrites au cours de traitements par l'I.N.H. 487

J. Sigwald, D. Bouttier et C. Raymondeaud. — Le traitement de certaines affections neurologiques chroniques par l'injection sous-arachnoïdienne d'hydrocortisone. Premiers résultats 487

J. Sigwald, Nicolas-Charles et Bamberger. — Etude comparative de l'action sur la contracture pyramidale d'une phénothiazine, d'un curarisant et d'un barbiturique 488

Société suisse de psychiatrie

(St-Pirminsberg-Pfäfers, 11-12 juin 1955)

Rapports :

« La formation des étudiants et des spécialistes en psychiatrie »

P. B. Schneider. — Résultats d'une enquête parmi les étudiants 488

R. Kuhn. — Fondements et caractéristiques de la profession du psychiatre 489

G. Bally. — Modalités selon lesquelles doivent être formés des psychothérapeutes 489

(Suite du sommaire page IV).

VILLA DES PAGES

40, avenue Horace-Vernet

(Tél. Princesse 00-12) **LE VESINET** (S.-et-O.)

AFFECTIONS NERVEUSES
MALADIES DE LA NUTRITION

ATELIERS THÉRAPEUTIQUES

Toutes les applications modernes psychothérapiques et biologiques

Docteurs : P. LECLERCQ

Roger LEULIER, Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

Anti-épileptique **NOUVEAU**

SANS ACTION SUR LA FORMULE SANGUINE

MYSOLINE

ICI

contrôle les crises

Comprimés à 0 gr. 25

Étuis de 20, 50, 200 comprimés

Remboursé Sécurité Sociale

LABORATOIRES AVLON S.A.

6, r. Blanche, ENGHIEN-les-BAINS (S.-&-O.) - Tél. 964-02-02

Concessionnaires pour la France et les Pays de l'Union Française de IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) Ltd., filiale de IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES Ltd. à Manchester

COMMUNICATIONS

M. RÉMY et F. LABHARDT. — Expériences avec un nouveau neuroplégique, le N.P. 207 Sandoz 489

Ch. DURAND. — L'utilisation des neuroplégiques en psychothérapie 489

M. ROCH. — Psychothérapies psychanalytiques 489

C. MÜLLER. — Psychothérapie de la micropsie et de la macropsie 489

L. DUC. — Recherches psychosomatiques dans les conflits conjugaux 489

A. GLAUS. — Problème socio-psychiatrique que soulève le contrôle des naissances 489

E. KAHN. — Considérations sur le comportement de l'individu en face des événements de l'existence 489

H. FIERZ. — Notion du temps en psychothérapie 489

REUNIONS ET CONGRES

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

LIII^e session (Nice, 5-11 septembre 1955)

I. RAPPORT DE PSYCHIATRIE

J. HAMON. — Les psychoses collectives 491
Discussion 493

COMMUNICATIONS SUR LE SUJET DU RAPPORT DE PSYCHIATRIE

L. MICHAUX. — A propos des délires induits de l'enfant 495

J. DELAY, Mme T. LEMPÉRIÈRE et R. ESCOUROLLE. — Observation d'une famille délirante induite par la mère, épileptique temporale 495

G. HEUYER et J. CARON. — Un cas de psychose collective : les massacres de septembre 1792 495

G. HEUYER. — Les psychoses collectives. Rôle de l'instigateur et des circonstances 496

L. MICHAUX et Mme VILLIAUMEY. — Délire à deux d'un ménage de mélancoliques. Dissociation de l'induction et de la direction délirantes. 496

M. POROT. — Les réactions psychiques au tremblement de terre d'Orléansville-Tenès ... 496

J. ALLIEZ, M. DONGIER et R. PUJOL. — Quelques observations de délire à deux 496

H. MAUREL et Mlle WILHELM. — Eclosion d'un délire à deux identique de contenu et de structure chez deux sœurs séparément et successivement placées dans les mêmes conditions sociales 497

J. BONHOMME et J.-F. BUISSON. — Observations présentées 497

M. LETAILLEUR, J. DEMAY et J. MORIN. — Délire collectif de sorcellerie 497

G. DAUMÉZON. — Défense et illustration de la folie simultanée de Régis 498

J. DELAY, P. DENIKER, P. PICHOT, Mlle T. LEMPÉRIÈRE et R. SADOUN. — Délire à deux et à plusieurs : étude de 22 familles délirantes 498

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTÉ DE

SAINT-MANDÉ

Fondée par le Dr J. Hercouet

15, rue Jeanne-d'Arc, SAINT-MANDÉ (Seine)

Téléphone : DAUMESNIL 45-60 (3 lignes)

Directeur : Dr TISON

Dr LEROY — Dr MAURICE — Dr CORNUCHÉ

Etablissement médical pour le traitement des AFFECTIONS NERVEUSES des TOXICOMANIES des MALADIES de la NUTRITION

Situation exceptionnelle à la porte de Paris.
Installation technique de premier ordre.
Douze villas dans un grand parc

ELECTRO-CHOC — INSULINOTHÉRAPIE
ELECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIE

Épilepsie...

APAROXAL

CACHETS

Formule A : dosée à 0 gr. 10 par cachet (pour adultes)
Formule E : dosée à 0 gr. 05 par cachet (pour enfants)

Un long recul...

Plusieurs milliers de traitements poursuivis pendant 25 ans
ont prouve
l'efficacité et la parfaite tolérance de l'**Aparoxal**

Aucun accident n'a jamais été signalé

Insomnie et nervosisme mineur...

APAROXAL

GOUTTES

INSOMNIES,
ANXIÉTÉS,
ANGOISSES,
PETITS TROUBLES CARACTÉRIELS,
TICS, CHORÉE.

10 à 25 gouttes trois fois par jour.
Si nécessaire doubler la dose vespérale.

Echantillons et litterature :
Laboratoire Dr VEYRON et FROMENT
80, Rue de Monte-Cristo -:- MARSEILLE

J. Delay, P. Pichot, R. Sadoun, J.-F. Buisson et J. Perse. — Etude psychologique d'un groupe d'adeptes d'une secte religieuse 498
J. Delay, P. Deniker, P. Pichot, Mlle T. Lempérière et R. Sadoun. — Considération sur les délires à deux et à plusieurs 498
L. Vallade. — Un cas de délire collectif .. 498

II. Rapport de neurologie

G. Boudin et L. Durupt. — La fin de la syphilis nerveuse 501
Discussion 502

Communications sur le sujet du rapport de neurologie

J. Géraud, L. Gayral, Becq et J. Laboucarié. — De la syphilis nerveuse en 1955 503
E. Hadida, F.-G. Marill et M. Porot. — Sur l'augmentation apparente de la fréquence de la neuro-syphilis parenchymateuse chez l'indigène musulman nord-africain 504
L. Marceron et J. Ragu. — A propos des syphilis nerveuses 504
L. Gayral, L. Fourny et Mlle H. Stern. — La réactivation des syphilis nerveuses par la pénicilline 505
P.-A. Pasquet, P. Picard, Miqueu, Morin et P. Navarrane. — A propos des syphilis nerveuses observées depuis 1953 à l'hôpital maritime de Sainte-Anne de Toulon 505
A. Fribourg-Blanc et A. Fribourg-Blanc. — L'interprétation du test immobilisation des tréponèmes, son application au diagnostic de la syphilis nerveuse 505
P. Gallais, M. Collomb et G. Miletto. — La syphilis nerveuse chez le Noir 506
P. Gallais, M. Collomb et G. Miletto. — Syphilis et impaludation chez le Noir 506
R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge et J. Minvielle. — Aspects actuels de la syphilis nerveuse : étude statistique et critique 506
Y. Poursines, J. Alliez, J. Roger et G. Ruf. — Aspects actuels de la neuro-syphilis à Marseille 506
J. Oulès et R. Soubrié. — Remarques à propos de 14 cas de syphilis nerveuse dépistés en deux ans 506

III. Rapport de médecine légale

G. Deshaies. — L'aveu 506
Discussion 508

Communications sur le sujet du rapport de médecine légale

F. Fanon et R. Lacaton. — Conduites d'aveu en Afrique du Nord 510
H. Ollivier et G. Bobis. — Contribution à l'étude des altérations psycho-pathologiques du témoignage 510
M. Mathis. — L'aveu de l'enfant 511
E. Evrard. — Quelques aspects des aveux chez les inciviques « idéalistes » 511
J. Trillot et Mlle J. Bernardy. — Faux aveux provoqués chez un débile mental émotif . 511
P. Bour. — De la valeur thérapeutique de l'aveu dans certaines manifestations hystéroïdes 511
G. Heuyer et S. Lebovici. — La détection du mensonge. Eléments de l'aveu 511
Fr. Adam. — Des problèmes que pose l'aveu de simulation devant l'expert, de la part de délinquants internés d'office en suite de l'expertise 512

(Suite du sommaire page VII).

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE
du Docteur J.-B. BUVAT

DOCTEURS
G. VILLEY et J.-Fr. BUVAT
Anciens Internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine
Médecins-Directeurs

Docteur BUVAT-COTTIN
Ancien Interne provisoire
des hôpitaux de Paris
Médecin-traitant

Docteur BUVAT-POCHON
Ancienne Interne
des hôpitaux psychiatriques de la Seine
Médecin-traitant

VILLA MONTSOURIS
130, Rue de la Glacière, PARIS (13e)
Mardi, Samedi 14 h. 30 - 16 h. 30
Tél. Gob. 26-52 et 26-53

L'ABBAYE
VITRY-CHATILLON (S.-et-O.)
Jeudi 14 h. 30 - 16 h. 30
Tél. Belle-Épine 40-76

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

IV. Communications diverses

Communications de psychiatrie

G.-A. Manceaux, J.-M. Sutter, Ch. Bardenat, Y. Pelicier et G. Counillon. — L'héroïnomanie dans la région algéroise 514

G.-A. Manceaux, Ch. Bardenat, J.-M. Sutter et Mme R. Escoute. — Intérêt diagnostique et pronostique du choc à la méthédrine 514

Th. Kammerer, L. Israël et A. Wackenheim. — Données et problèmes électro-encéphalographiques dans la mélancolie 515

L. Israël, M. Mathis, C. Felsenstein et A. Wackenheim. — Myopathie et troubles psychiques 515

P.-A. Pasquet, P. Picard, Morin et P. Navarrane. — Un curieux cas d'amnésie 515

J. Senez et J. Cain. — La névrose expérimentale chez le chat 515

J. Cain, Mme J. Extremet et X. Extremet. — Quelques aspects du conflit dans la névrose expérimentale 515

H. Aubin. — Le symbolisme anatomique dans le dessin de personnages 516

H. Aubin. — Projection hétéro-sexuelle et projection hétérochrome dans le dessin de personnages 516

P. Sivadon. — Le syndrome d'alarme en psychiatrie 516

L. Vallade et J. Postel. — Troubles psychiques et maladie de Besnier-Beck. A propos d'une observation 516

L. Bonnafé. — Suicide et situation 516

Communications de neurologie

Y. Poursines, A. Crémieux, J. Alliez et R. Soulayrol. — Sur un cas de paraplégie avec ictère terminal 516

P. Picard, P.-A. Pasquet, P. Navarrane, Morin et Renner. — Deux cas de névrite crurale d'origine abdominale 516

R. Lafon, R. Labauge et J.-P. Temple. — Maladie migraineuse avec tracé électro-encéphalographique de type comitial épilepsie familiale. 516

Communications d'assistance et d'hygiène mentale

P. Doussinet et J. Blandin. — Protection et entr'aide aux malades mentaux vivant dans le milieu social 517

M. Leconte. — Un objectif permanent de la médecine psychiatrique : l'instauration d'une diététique convenable dans les hôpitaux psychiatriques 517

G. Daumézon, Y. Guiguen et Mlle Bonal. — Internement et niveau social dans le département de la Seine 517

J. Gurtler. — Perspectives d'avenir du placement familial à la colonie de Dun-sur-Auron 517

J. Gurtler. — Les schizophrènes sont-ils susceptibles de s'adapter à l'assistance familiale? 517

M. Leconte. — De la formation du personnel des hôpitaux psychiatriques 518

M. Leconte. — L'expérience d'un hôpital psychiatrique de province 518

Communications de thérapeutique

J.-J. Rondepierre, J. Alizon et P.-E. Hivert. — Action des anti-histaminiques sur l'anxiété 518

(Suite du sommaire page VIII).

ASSOCIATION SYNERGIQUE
BROMO-CALCIQUE

CALCIBRONAT

CALME ET DÉTEND
SANS DIMINUER LES
FACULTÉS PSYCHIQUES

AMPOULES
DE 5 ET 10 CM³

COMPRIMÉS
EFFERVESCENTS
GRANULÉS

SANDOZ

LABORATOIRES SANDOZ S.A.R.L. - 6, RUE DE PENTHIÈVRE, PARIS-8e

F. Doussinet, J. Golse et B. d'Alteroche. — Syndromes hallucinatoires successivement traités par infiltration et ablation des ganglions sympathiques cervicaux supérieurs, puis par administration de chlorpromazine 518

P.-A. Lambert et A. Diederichs. — La chlorpromazine à hautes doses dans les schizophrénies chroniques 518

H. Maurel, Mlle Wilhelm et J.-P. Pielmann. — La réserpine dans le traitement des psychoses chroniques 519

N. Duc, J.-P. Temple, J. Abric, R. Pouget et P. Comblaire. — Essai de traitement des syndromes schizophréniques par la réserpine 519

R. Lafon, N. Duc, Mlle Boyer, J. Abric et R. Pouget. — Exploration psychologique des malades traités par la réserpine par voie orale et parentérale 519

R. Lafon, N. Duc, J.-P. Temple et Mlle Favre. — Exploration neuro-végétative des malades traités par la réserpine par voie orale .. 520

A. Charlin et Mlle Lacroix. — L'encéphalographie gazeuse thérapeutique des encéphalopathies alcooliques 520

A. Charlin, Garcendet et Dreyfus. — Le rôle de l'acide glutamique dans le traitement de l'arriération mentale 520

J. Duplay, P. Cossa et F. Cerutti. — Peut-on traiter la névralgie du trijumeau par une chirurgie non mutilante ? 520

A. Fromenty. — Réflexions sur cent cas personnels de lobotomie préfrontale 521

L. Singer, R. Dorey et K. Kieny. — Electro-choc avec curarisation chez une schizophrène porteuse d'un rétrécissement de l'isthme aortique 521

G.-A. Manceaux, J.-M. Sutter, Ch. Bardenat, Y. Pélicier et G. Pascalis. — Deux années d'expérience de l'électro-choc sous anesthésie et curarisation 521

M. Berthon et Pouchol. — De quelques abcès pulmonaires après électro-chocs 521

A. Crémière, Lob et Mme Porro. — Un exemple de psychothérapie chez l'enfant 521

L. Fouks. — Traitement des psychoses aiguës par l'association CH 36-largactil-serpasil : résultats d'une année d'expérience 521

L. Fouks. — Traitement des psychoses chroniques par l'association serpasil-largactil .. 521

L. Fouks. — Les effets secondaires et les inconvénients du serpasil 521

Herman C. B. Denber. — Mescaline-chlorpromazine : nouvelle technique thérapeutique . 521

Th. Kammerer et A. Wackenheim. — Le stress du delirium tremens traité par le largactil 521

M.-D. Riemer. — Le traitement des « Bordeline Neuroses » 522

J. Gurtler, Carrer et Fraunie. — Essais thérapeutiques : réserpine et sulfate d'ammonium 522

J. Oulès, R. Soubrié et Mme Salles. — A propos du traitement des états maniaques par les sels de lithium 522

Communication de médecine légale psychiatrique

J. Trillot et Mlle J. Bernardy. — L'expertise psychiatrique médico-légale contradictoire en matière criminelle 522

Elections 522

(Suite du sommaire page X).

RÉÉDUCATION

APRÈS PSYCHO-CHIRURGIE

LES BOIS SAINT-JOSEPH D'HYÈRES

Boîte postale 118 à Hyères
Téléphone 30 à Carqueiranne (Var)

Administrateur :
Docteur CHARVET

Médecin Psychiatre :
Docteur SAVY

Réalise les meilleures conditions de la rééducation psycho-motrice et sociale après **intervention psycho-chirurgicale et tous autres traitements psychiatriques**

ERGOTHÉRAPIE
PSYCHOTHÉRAPIE
CULTURE PHYSIQUE
ACCUEIL AGRÉABLE

Établissement conventionné par la Sécurité Sociale, l'A.M.G. et les organismes de prévoyance

relaxation

en psychiatrie : anxiété,
agitation des mélancoliques et des anxieux,
potentialisation de la cure de sommeil...

un suppositoire *
isocurine

des heures de décontraction

1 à 4 suppositoires par jour (boîtes de 12)

LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie 17, RUE DE BERRI – PARIS-8e

* L'infracurarisation par voie rectale, technique de sécurité, provoque une hypotonie musculaire régulière et prolongée, avec diminution de la tension nerveuse.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

M. Marsalet. — André Gide l'enchaîné 524

J. J. Michaels. — Disorders of Character. Persistent Enuresis Juvenile Delinquency. Psychopathic Personality 525

Psychologie.

H. Piéron. — Aux sources de la connaissance. La sensation guide de vie 526

S. L. Rubinstein, D. B. Elkonine, A. G. Jvanov-Smolenski, T. V. Strokina, L. S. Bogatchenkó, F. I. Jvachtchenko, N. I. Krasnojorski et A. N. Leontief. — Psychologie, activité nerveuse supérieure 528

Psychanalyse.

A. Combes. — Psychanalyse et spiritualité. 529

Hygiène et prophylaxie.

Alcool et alcoolisme ; rapport d'un comité d'experts 531

Assistance.

Législation relative à l'assistance psychiatrique ; quatrième rapport du comité d'experts de la santé mentale 532

L'hospitalisation des malades mentaux. Etude de législation sanitaire comparée 532

Thérapeutique.

A. Ravina. — L'année thérapeutique. Médications et procédés nouveaux 533

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie de l'enfance.

Cl. Launay. — Problèmes mentaux des écoliers et Centres médico-psycho-pédagogiques. Le rôle du médecin 534

F. Salomon. — Expériences avec le test diapositif Z 534

F. Secadas. — Un test de vocabulaire et de mémoire 535

H. Luccioni. — Notes sur les difficultés dans l'apprentissage de la lecture 535

C. Kohler et L. Thévenin. — Les problèmes diagnostiques et thérapeutiques posés par les retards et absences de langage chez le jeune enfant 535

P. Meignant. — Les aphasies d'évolution ou d'intégration chez l'enfant 536

J.-M. Sutter, H. Luccioni, R. Begarra, S. Kiener et M. Filiu. — Rôle de l'hyperémotivité dans les inadaptations psychologiques 536

L. Michaux, P. Duranton et Mlle L. Moor. — Considérations sur l'état du développement moteur dans les instabilités de l'enfance et de l'adolescence 536

J. Vague. — A propos des prétendus retards de développement génital chez l'enfant et l'adolescent 537

Mme Polge-Legrand et F. Paycha. — Strabisme et énurésie 537

M. Schachter. — Etude sur les rythmies du jour ou du sommeil chez l'enfant (Spasmus nutans, tic de Salaan, *jactatio capitis nocturna*) . 537

A. Sciorta et G. Cipollina. — Contribution à la connaissance de l'étiopathogénie du mongolisme 538

J. Chaptal, R. Jean, Mme Cl. Campo et J.-L. Viala. Gargoylisme associé à une craniosténose et compliqué par un glaucome bilatéral . 538

J. Chaptal, R. Lafon, J.-L. Faure, J. Minvielle et J. Abric. — Psychose choréique 538

L. Michaux, Mlle S. Saulnier et J. Dehelly. — Délire induit d'apparence hallucinatoire chez un enfant de 10 ans 539

S. Thiebery et P. Corone. — Accidents nerveux des cardiopathies congénitales cyanogènes 539

Ch. Sarrouy, Mme Saint-Jean et L. Sendra. — Les données de l'électro-encéphalographie dans le pronostic de la méningite tuberculeuse de l'enfant, d'après l'étude de 400 tracés .. 539

M. Kaplan, Mme Auvert, Ducas et Taupinard. — A propos d'un cas d'irido-choroïdite chez un enfant atteint de méningite cérébro-spinale 540

P. Monnet, J. Couderc, M. Bethenod et P.-E. Blanc. — Méningo-encéphalite à torula chez un nourrisson 540

(Suite du sommaire page XI).

CLINIQUE MÉDICALE DE VILLE-D'AVRAY

Dr Ch. BRISSET
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Dr J.-A. GENDROT
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

23, Rue Pradier à Ville d'Avray (Seine-et-Oise)

Téléphone : par le Régional II. Chaville 342 (jour), 955 (jour et nuit)

S. Thieffry, Mmes Martin, Y. Drouhet et J. Bouchard. — Encéphalite herpétique. Etude virologique et immunologique 541

C. Kohler et Mme M. Levin-Pacaud. — Séquelles neuro-psychiatriques au cours des syndromes encéphalitiques de l'enfant 541

J.-M. Sutter et Mme M.-L. Debrie. — Suites éloignées d'une réaction encéphalitique consécutive à une brûlure grave 542

J. Pecker et W. Greets. — Evolution artériologique d'un volumineux anévrysme sylvien opéré avec succès chez un enfant de 7 ans. 542

M. Bernheim, G. Allègre, J. Bertrand et R. Gilly. — Hémiplégie à rechutes chez un enfant ; hématome intra-cérébral avec anévrysme multisacculaire de l'artère sylvienne droite .. 542

G. Bollea et M. Levi. — Contribution clinique à la connaissance de la myasthénie grave dans l'enfance 543

J. Chaptal, R. Jean, Mme Cl. Campo et G. Olivier. — A propos de deux observations de tétanos du nouveau-né d'évolution favorable. Discussion du rôle de la chlorpromazine dans la prévention des séquelles neurologiques 543

Psychologie.

I. Meyerson, J.-P. Vernant, A. Soboul, J. Dautry, Friedmann, A. Touraine, P. Naville, J.-D. Reynaud, M. Reuchlin, S. Pacaud, M. Lefetz, J. Morin et J. Vincent. — Le travail, les métiers, l'emploi 543

F. Baumgarten-Tramer. — Des goûts et penchants professionnels 544

A. Sassi. — L'importance du facteur humain dans les relations du travail 544

H. Fürst. — Citoyens. Fonctionnaires. Etat 545

Psychanalyse.

D. M. Uchoa. — Psychanalyse et médecine psychosomatique 545

Mme S. Blajan-Marcus. — Tendance nouvelle de la technique psychanalytique à propos de trois cas 545

Anatomie.

J. Lhermitte. — L'anatomie pathologique des états schizophréniques 546

G. Leoni. — Recherches sur le comportement de la glie du chiasma et des nerfs optiques chez les déments séniles et les artérioscléreux et chez les animaux en âge avancé 546

J. Guillaume et J. Janny. — Remarques physiopathologiques sur l'hypersécrétion ventriculaire 546

P.-L. Ricci. — Contribution anatomo-pathologique à l'étude des métastases de tumeurs endocraniennes 547

A. Meyer, M. A. Falconer et E. Beck. — Constatations pathologiques dans l'épilepsie temporale 547

M.-C. Gros, L. Van Bogaert et J. Cadilhac. — Etude anatomique et électrique de la corne d'Ammon chez quatre épileptiques ayant subi une hémisphérectomie 548

R. Levillain et A. Sarrazin. — Etude anatomique d'un cas mortel par ingestion, dans un but de suicide, d'acide chlorhydrique concentré 548

Biologie.

P. Joannon. — Anthropologie différentielle et typologie 549

(*Suite du sommaire page XIV*).

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

Dr TARRIUS

Dr F. BRISSON Dr P. CITROME

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : Plaine 00-68

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Désintoxications - Cures de repos - Electrochocs

Cures de sommeil - Insulinothérapie - Narco-Analyses

Radiographie - Electro-Narcoses - Encéphalographies gazeuses

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Autobus n° 154, Métro Pleyel-Enghien. — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris. Autobus 138 Porte de Clichy — Eglise d'Epinay.

CURARISANT DE SYNTHÈSE

ACTIVITÉ DU CURARE NATUREL
MARGE DE SÉCURITÉ ÉTENDUE
PAS D'EFFETS HISTAMINIQUES

FLAXÉDIL

3697 R.P.

CHIRURGIE

ABDOMINO-PELVIENNE
THORACIQUE, PULMONAIRE

ANESTHÉSIE ENDO-TRACHÉALE
ACCOUCHEMENT DIRIGÉ
CONVULSIVOTHÉRAPIE

ODETTE ZEAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES
RHÔNE Specia POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
28 COURS ALBERT 1er - TÉL. BAL. 10-70
Boîte postale 53-08 Paris 8e

Ampoules de 2cm³ dosées à 40mg (BOÎTES DE 10)
INJECTIONS INTRAVEINEUSES ET INTRAMUSCULAIRES

Tome II. — N° 3 Octobre 1955

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE PROBLÈME DOSTOIEVSKY ET LA STRUCTURE DE L'ÉPILEPSIE

(Essai de psychologie formelle)

PAR

E. MINKOWSKI et J. FUSSWERK

Nous nous proposions, au début, d'écrire une étude sur le personnage de « L'Idiot », atteint d'épilepsie comme l'a été Dostoïevsky lui-même. Nous voulions essayer de préciser sa « vision du monde », en nous inspirant des principes de la psychologie formelle, tels qu'ils ont été mis en vigueur, pour l'épilepsie en particulier, par F. Minkowska, tant en ce qui concerne la structure des troubles mentaux de nature comitiale que, par la suite, de l'épileptoïdie et du type sensoriel. Son article sur « Van Gogh, sa vie, sa maladie et son œuvre » faisait ressortir encore davantage la portée de ces principes, appliqués ici à la pathographie. Notre analyse devait se situer dans le prolongement de cette étude. Il s'agissait d'examiner jusqu'à quel point les vues adoptées pouvaient, cette fois-ci dans le domaine des belles lettres et non dans celui de la peinture, faire encore leurs preuves.

Nous avons dû pourtant renoncer à notre projet initial ou du moins lui donner une orientation en partie différente ; nous avons été amenés à poser le problème Dostoïevsky sous un angle plus général, dans ses grandes lignes évidemment, sorte d'introduction à un travail beaucoup plus étendu sur le romancier russe et son œuvre que l'un de nous (Dr Fusswerk) se propose de mener, avec le temps, à bien.

Ce changement d'orientation a été la conséquence des difficultés auxquelles nous nous sommes heurtés lorsque nous voulions limiter notre étude exclusivement à la personne du prince Muichkine. Ces difficultés sont par elles-mêmes significatives et c'est la raison pour laquelle nous croyons devoir en parler ; elles nous mènent au sein même du problème.

Il n'est guère possible, si ce n'est tout à fait artificiellement, d'isoler le personnage du prince Muichkine des autres personnages du roman; non que ces personnages soient eux aussi des épileptiques avérés, mais parce que tous plongent dans un « climat » particulier, climat créé incontestablement par le prince, mais dont tous les autres sont profondément marqués dans leur façon d'être et de réagir, climat spécifiquement dostoïevskien, dirons-nous en attendant, en réservant pour plus tard la question de savoir dans quelle mesure il peut être qualifié « d'épileptique ».

De surcroît, il est aussi peu possible de séparer « L'Idiot » des autres œuvres de Dostoïevsky que les personnages de ce roman de son héros principal. Le « climat » dont il vient d'être question de même que les problèmes humains posés dans ce climat se retrouvent dans toute l'œuvre de l'écrivain. Ils en font l'originalité, oui, une œuvre unique dans son genre qui en connaît à peine de pareille. Dans cette œuvre, il y a probablement lieu d'attribuer à « L'Idiot » une place à part ; non certes uniquement parce que le héros est atteint d'épilepsie, mais encore et surtout parce que Dostoïevsky a cherché à présenter en lui et cela en connexion étroite avec cette affection — point qui nous intéresse au premier chef et qui ouvre la perspective dans laquelle nous chercherons à nous engager — un personnage particulièrement saillant, et nous irons jusqu'à dire « pur », tant sur le plan psychologique que moral. Il a été même question à ce propos de « saint ». Mais là encore, il n'en représente qu'une réalisation privilégiée et non exclusive. De sorte que ni « L'Idiot », en tant que roman, ni le prince ne sauraient être compris en dehors de tout ce que Dostoïevsky de sa pensée intime, de sa recherche ardente, de son tourment inté-

rieur, de sa vision du monde, a voulu, sa vie durant et à travers toute son œuvre, nous révéler.

Pour ce faire il a peiné, ne trouvant guère facilement la forme pour l'idée qu'il cherchait à exprimer. Voilà, entre autre, ce qu'il dit à propos de l'élaboration de « l'Idiot » :

« Depuis longtemps, une idée me tourmentait, mais j'avais peur de la prendre pour sujet de roman, parce que c'est une idée trop difficile, à laquelle je ne suis pas préparé, bien qu'elle soit très séduisante et que je l'aime. Cette idée, c'est de représenter un homme *tout à fait bon*. Selon moi, rien ne peut être plus difficile, surtout à notre époque. » (1).

Dostoïevsky précise les difficultés qu'il rencontre dans son travail :

« Dans la littérature chrétienne, parmi les personnages admirables, le plus réussi est Don Quichotte. Mais il n'est admirable que parce qu'il est en même temps comique. Le Pickwick de Dickens (d'une inspiration bien inférieure au Don Quichotte, mais cependant remarquable), est également comique et ne vous tient que par ce côté de son caractère. Jean Valjan est aussi une tentative courageuse. Mais il éveille la sympathie par de terribles infortunes et par l'injustice de la société à son égard. Chez moi rien de semblable, absolument rien, et c'est pourquoi je redoute un échec sans recours. »

En effet, le comique en particulier n'est pas du tout dans les cordes de Dostoïevsky.

Du reste, les effets produits par la présence du prince sur terre — et nous soulignons dès maintenant ce détail — sont quelque peu paradoxaux.

« Muichkine, le saint, ne sait pas agir, il ne sait qu'aimer. S'il essaie d'agir, il se trompe. Non seulement il ne parvient à aider personne, mais encore il compromet les situations les plus heureuses. Le passage de cet « homme absolument bon » à travers le livre se solde par un assassinat et quelque trois ou quatre drames de famille. Quant à « l'homme absolument bon », il devient fou. Il n'a pas su vivre dans ce climat qui n'était pas le sien. Il n'a pas su s'adapter à la condition humaine. Il n'a pas su devenir un homme. Cependant, sa perte a sauvé ceux qui l'entouraient. Sa présence a enrichi des vies, éveillé des consciences aux questions principales. » (2).

(1) F. Dostoïevsky. — *Les Inédits*, page 28. Lib. Stock, Paris, 1923.
(2) Henri Troyat. — *Dostoïevsky.*, Paris, Arthème Fayard, 1940, page 442.

Nous avons vu ainsi notre thème initial se déplacer vers le problème Dostoïevsky. La tâche n'en était point devenue plus facile pour autant. Nous ne sommes pas les seuls à avoir ressenti qu'il s'agissait d'une œuvre unique dans son genre. Encore faudrait-il pouvoir dire en quoi cet unique consiste. Cela ne peut se faire qu'en recherchant des termes de comparaison, en confrontant Dostoïevsky avec d'autres écrivains, écrivains russes ses contemporains, mais aussi par delà. Chez ceux qui ont écrit sur Dostoïevsky, nous trouvons effectivement des confrontations de cet ordre. Les suivre nous mènerait pourtant trop loin.

Nous avons cru néanmoins pouvoir présenter au lecteur cette étude. C'est que si tout écrivain pose des problèmes quant à sa personne et à son œuvre, il existe *un* problème Dostoïevsky, difficile à résoudre, véritable *énigme* qu'il n'est guère aisé d'aborder. Nous ne voulons pas dire par là qu'il soit le seul écrivain à se présenter sous cet aspect ; n'empêche qu'il y a quelque chose de tout à fait particulier en lui. Il nous semble que maints commentateurs ont réagi de la même manière. C'est pourquoi aussi nous avons pensé qu'il nous était permis de dire comment, à notre tour, nous avons « senti » ce problème, en y apportant, en même temps que l'indispensable résonance humaine, le point de vue et les connaissances acquises dans le domaine qui est le nôtre.

Que, dans ces conditions, en présence de cette énigme qui attire irrésistiblement et même séduit, les livres et les études consacrés à Dostoïevsky se soient multipliés, aussi bien en Russie qu'à l'Occident et jusqu'au pays de Descartes si éloigné, à première vue, de Dostoïevsky, cela ne surprend plus. Ils ne convergent pas toujours. Nous nous sommes arrêtés tout particulièrement à Nicolas Berdiaeff, André Gide et Henri Troyat, en faisant appel incidemment à Stephan Zweig. Ce choix peut paraître arbitraire. Mais nous avons dû nous limiter et ces livres nous ont paru marquants, compte tenu de surcroît des différences d'origine, de formation, de pensée, de mentalité des auteurs en question. Et si nous faisons une large part, dans cette étude que nous entreprenons en psychopathologues, à des hommes qui ne sont point du « métier », c'est que nous avons pas mal à apprendre d'eux — pourquoi aussi renoncerions-nous à cette source de renseignements ? — et qu'il nous paraît justement particulièrement instructif de trouver chez eux, qui n'ont point notre formation, dans leur manière d'aborder le

problème et jusqu'aux expressions auxquelles ils ont recours, des points d'intersection, des confirmations presque de notre point de vue.

Les diverses études sont loin de converger, nous venons de le dire. Ce qui frappe, c'est qu'à partir d'un certain moment, l'analyse vient s'infléchir dans les propres préoccupations de celui qui l'a entreprise. On dirait que chacun arrive à tirer de l'œuvre de Dostoïevsky ce qui, dans une certaine mesure au moins, n'est plus que sa propre optique. Il y a comme une marge qui reste disponible à ce point de vue. Et cette circonstance paraît, elle aussi, caractéristique du problème Dostoïevsky. Mais Dostoïevsky lui-même a-t-il vu clair ? Question majeure sur laquelle nous aurons à revenir, remarquant simplement, dès à présent, que si lui n'y voyait point clair entièrement, cela n'équivaut guère à ce qu'il ait recherché l'obscur et encore moins qu'il ait écrit en aveugle.

« Encore une fois, écrit André Gide (1), ce que j'y ai surtout cherché, consciemment ou inconsciemment, c'est ce qui s'apparente le plus à ma propre pensée. »

Il ajoute du reste, à juste titre, que le « peintre » ne s'efface jamais derrière le « portrait » qu'il retrace ; ce n'est d'ailleurs probablement guère souhaitable. On n'échappe pourtant pas à l'impression que nulle part ailleurs une marge aussi large n'est laissée à la part du peintre que pour Dostoïevsky, point à retenir, témoignage de cet « insondable », dans lequel Dostoïevsky semble perdre pied lui-même et qui permet à chacun qui, sincèrement et de son mieux, se penche sur lui, d'y substituer, en partie, ses propres problèmes et sa propre façon de voir. Nicolas Berdiaeff, profondément russe et religieux, semble être celui qui se situe le plus près de Dostoïvsky, mais comme nous le verrons plus loin, là encore on n'échappe point à la même impression.

« Conservateur, mais non traditionaliste, c'est encore André Gide qui parle ; tsariste mais démocrate, chrétien mais non catholique romain, libéral mais non progressiste, Dostoïevski reste celui *dont on ne sait comment se servir.* On trouve en lui de quoi mécontenter chaque parti. » (2).

Ces paroles rendent un son autrement grave que celles citées

(1) André Gide. — *Dostoïevsky*, Paris, Plon, 1923, page 223.
(2) *Loc. cit.*, page 39.

tout à l'heure. Elles dévoilent un autre aspect du problème. Ces antonymies, ces contradictions, il ne serait guère difficile de les multiplier ou de les exprimer d'une autre manière. Qu'est-il donc cet homme qui a su si profondément remuer « l'humain » ; un simple hésitant, incapable de prendre nettement position dans la vie ? A cette question nous aurons aussi à répondre ou tout au moins nous essaierons de le faire.

Un fait paraît indéniable. La lecture des romans de Dostoïevsky au premier abord déroute. Mal structurés, avec d'énormes variations dans le rythme du récit, avec des longueurs inattendues et décevantes, véritables « incrustations » paraissant artificielles, sans lien apparent avec le récit et venant troubler sa limpidité en l'alourdissant singulièrement, avec une psychologie qu'on a peine à suivre, le tout sortant à tel point de l'ordinaire et voulant comme nous entraîner dans un autre monde, dans un monde étranger, qu'on a l'impression de s'y perdre littéralement et éprouve le désir — pourquoi ne pas le dire franchement — de mettre tout ce « fatras » de côté.

Il est vraiment curieux de voir avec quelle fréquence interviennent dans les études consacrées à Dostoïevsky — et nous ne parlons évidemment que de ceux qui se sont penchés avec « sympathie » sur cette œuvre et y ont trouvé leur compte, plus même que leur compte, et non des critiques virulentes et partiales dont il a été l'objet — les qualificatifs : nébuleux, insondable, déconcertant, confus, voire contradictoire. A titre d'exemple nous citerons de nouveau Gide :

> « Et s'il m'est permis de chercher une excuse au désordre de ces causeries, je la trouverais dans la confusion même des idées de Dostoïevsky, dans leur enchevêtrement, et la particulière difficulté que l'on éprouve, lorsqu'on cherche à les soumettre à un plan qui satisfasse notre logique occidentale. » (1).

La « logique occidentale » est d'ailleurs à peine seule en jeu ; d'autres facteurs doivent intervenir. Remarquons encore qu'il est toujours à nouveau question de « confus », confus et touffu n'étant guère la même chose. Ainsi Troyat écrit : « Ce court récit (« L'Eternel Mari ») s'oppose à la manière *confuse et géniale* (c'est nous qui soulignons) de " L'Idiot ". » (2). Comment le confus et le génial se marient-ils ?

(1) *Loc. cit.*, page 96.
(2) *Loc. cit.*, page 458.

Or, c'est encore un autre aspect de l'énigme. La première impression due au confus une fois surmontée, on se sent irrésistiblement attiré vers ce qu'à travers ce confus on y discerne ou du moins devine de génial, vers les problèmes éternellement humains qui sous-tendent toute l'œuvre, vers cet « insondable » même qui la traverse ; on le fait au risque même, comme nous l'avons dit, de voir s'infléchir l'originalité de l'œuvre dostoïevskienne dans notre propre optique, dans nos propres préoccupations. Après tout ce n'est probablement pas un mal. L'originalité demeure source.

Cela fait aussi que si Dostoïevsky a été un écrivain russe, s'il a été le fils de la mentalité russe, si l'idée que la Russie seule a pu lui donner naissance paraît plausible, on ne saurait, en aucun cas, envisager le problème Dostoïevsky uniquement sous cet angle ; cela eût été le rapetisser singulièrement. C'est que — tous les auteurs sont d'accord sur ce point — son œuvre, en dépassant largement le « russe », se met essentiellement en perspective sur l'*universel*. Ce ne sont pas uniquement des scènes ou des hommes de son pays, en fonction de son époque de surcroît, qu'il a cherché à représenter, mais à atteindre à travers eux, bien au-delà de la forme plus concrète que, rivé aux possibilités qu'offre le roman, nécessairement il a dû leur donner, de même qu'au-delà de l'endroit où il les a situés, les problèmes éternels susceptibles de trouver, virtuellement du moins, un écho dans tout être humain, en le menant jusqu'au fond insondable de l'existence. « L'inconscient, le subconscient, l'insondable, voilà son monde véritable. » (1).

Le tout reste néanmoins dans sa forme « confus ». Il n'en saurait probablement être autrement ; cela dépasserait les limites de la « vision humaine », pour pénétrante qu'elle soit encore. Trop de précision, trop de lumière crue détruirait « l'originalité » dont il a été question. La source reste la même ; en elle, chez Dostoïevsky, le confus et le génial prennent simultanément naissance. A la seconde lecture, le génial rachète le confus, sans d'ailleurs le faire disparaître.

Les problèmes débordent largement les personnages ; ils vont jusqu'à s'en détacher presque pour vivre leur propre vie dans un monde qui est le leur. A certains égards, tout en touchant de près à l'humain, ils ne sont plus à l'échelle humaine au sens courant du terme, ne trouvant pas de voies d'accès vers l'application dans la vie concrète. Dostoïevsky lui-même peut servir

(1) Stefan Zweig. — *Dostoïevsky*, les éditions Rieder, Paris, 1928, page 167.

là d'exemple. En relisant ce que de sa personne la biographie a su retenir, on « sent » que la grandeur réside avant tout dans l'œuvre et non dans l'homme, que celle-la l'a accaparé même au détriment de celui-ci. Bien sûr, on peut en dire tout autant de toute grande œuvre et de celui qui l'a appelée à la vie. Chez Dostoïevsky pourtant, cet écart paraît particulièrement frappant. Les paroles de Gide : « On ne sait comment s'en servir », reviennent à l'esprit. Il n'est guère possible, et Dostoïevsky n'y arrive pas non plus, de situer sa position dans un cadre précis. Il est aussi bien contre les slavophiles que contre les occidentaux ; « révolutionnaire », il est contre tout acte de cet ordre ; imbu de liberté, il est tout prêt à condamner tout geste effectif de libération. Quant à son activité « politique » clandestine qui devait le mener au bagne, elle ne semble point non plus être imprégnée d'ardeur, d'enthousiasme, de passion. Et ses réactions (par exemple ses suppliques adressées au tsar) surprennent souvent par leur ton, par leur excès d'humilité. L'ensemble reste bien en-deçà de la grandeur des problèmes. Par là, semble se manifester déjà un trait caractéristique que nous retrouverons sur notre chemin : les problèmes soulevés ne trouvent pas de débouchés vers leur réalisation dans le cadre de la vie sociale courante. Un fossé semble s'accuser ainsi. Nous rappelons le « passage » du prince dans ce monde. C'est d'ailleurs peut-être le sens même de ce qui procède de l'éternel.

Cela va jusqu'à la façon dont s'exprime chez lui le sentiment religieux. Sans même parler des attaques violentes contre le catholicisme. (« L'occident a perdu le Christ (par la faute du catholicisme) et c'est pour ça que l'occident se meurt, rien que pour ça. ») (1). Dostoïevsky charge, par la bouche de Chatov dans « Les Possédés », le peuple russe, futur sauveur du monde et le seul aimé de Dieu, d'une véritable *mission messianique*, idée qui va à l'encontre des dogmes chrétiens, la venue du Christ ayant rendu toute idée messianique impossible (2). Il ne remarque pas qu'en proclamant l'avènement du Christ russe, il s'écarte plus de la doctrine chrétienne que ces catholiques qu'il condamne. Il ne comprend pas qu'il réduit le rôle du Christ en lui reconnaissant une puissance ethnique. Cette « folie » de Chatov voilà qu'il la reprend à son compte (3). Et ce besoin messianique sous cette forme et dans ce cadre mérite également d'être retenu.

(1) Henri Troyat, page 465.
(2) *Ibid.*, pages 486 et 487.
(3) *Ibid.*, page 530.

Ainsi, c'est du moins notre impression — mais nous avons dit que nous cherchions à rendre de notre mieux comment nous avons « senti » le problème Dostoïevsky — la vie de Dostoïevsky paraît pâle, et cela même aux moments les plus tragiques ; elle n'empoigne point. Et l'erreur de Stéfan Zweig a consisté peut-être en ce qu'il a transposé littéralement dans la biographie qu'il trace de Dostoïevsky la tension de l'œuvre.

Il est utile de se reporter, à ce sujet, à la conférence faite par M. Jean Delay au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française, Liége, 1954, sous le titre : « Névrose et création », et plus particulièrement à ce qu'il dit de la fonction libératrice du double (du romancier dans ses romans), en concluant qu'il faut bien se garder de confondre la personnalité du romancier avec celle de ses doubles romanesques.

On a pu dire pourtant que les romans de Dostoïevsky étaient des romans autobiographiques et, à vrai dire, il n'y a guère lieu d'élever de sérieuses objections à ce propos. Dostoïevsky n'est certainement pas un imaginatif ; il n'a pas tant inventé ses personnages, qu'il les a vécus, cela de nouveau non après les avoir imaginés et les avoir ensuite laissés profondément pénétrer en lui, mais au contraire, en sens inverse pour ainsi dire, en les faisant sortir de lui, du creuset, du tréfonds de son être. En ce sens, ses romans, certains de ses personnages, et peut-être même tous, sont autobiographiques. C'est ainsi probablement qu'il y a lieu d'interpréter les paroles d'André Gide :

> « Dostoïevsky ne s'est jamais cherché ; il s'est éperdument donné dans chacun des personnages de ses livres ; c'est pourquoi dans chacun d'eux on le retrouve. »

Il devient nécessaire ainsi de s'entendre sur ce que par « autobiographique » nous voulons dire. « On le retrouve », mais qui est cet « il » ? Michail Fieodorovitch Dostoïevsky ? On oserait à peine le dire. Ce n'est pas lui, mais c'est quand même lui et en tous les cas non autre chose que lui. Nous l'avons indiqué d'ailleurs que ses personnages venaient de lui. Seulement on a l'impression qu'en dépassant ses propres limites — nous avons parlé de « tréfonds » — et, en même temps, le plan sur lequel se situent les faits, les événements et les expériences psychologiques, accessibles à l'analyse et à l'auto-observation, tous ces facteurs ne servent à l'auteur que de prétexte ; il « se donne éperdument plus qu'il ne se cherche », en faisant surgir des personnages porteurs davantage de problè-

mes que de réalités psychologiques ou des propres expériences de Dostoïevsky. Il ne se décrit point. C'est lui pourtant qui écrit, de sorte qu'on a envie de dire qu'il est bien davantage dans ses romans que dans sa vie, celle-ci n'étant qu'une pâle, insuffisante et en partie contradictoire, et pour cause, « autobiographie » de ceux-là. « La biographie de Dostoïevsky présente donc beaucoup moins d'intérêt que son œuvre, sa correspondance est moins instructive que ses romans. Il s'est dévoilé tout entier dans son œuvre romanesque... » (1). A vrai dire il ne s'est pas dévoilé ; tout en demeurant lui, il a dévoilé ce qui se situe par delà. A ce propos, nous ajouterions encore volontiers ces paroles de Berdiaeff, qui, comme nous le verrons encore par la suite, servent de porte d'entrée à la compréhension de Dostoïevsky :

« On sent partout la présence de cette réalité interne, différente, plus riche que l'autre. Car chez Dostoïevsky le monde empirique, les formes extérieures de la vie, l'homme en chair et en os, ne sont pas les réalités dernières. » (2).

Une comparaison avec Van Gogh vient à l'esprit. Chez Van Gogh, il y a une unité remarquable entre « la vie, la maladie et l'œuvre » (F. Minkowska). La même tension, le même drame, nous les retrouvons dans celles-là et dans celle-ci, vus sous l'angle de ce que sur la « vision du monde » de la série épilepto-sensorielle la psychologie formelle nous a enseigné. « Vie tragique de Van Gogh » (3), d'un bout à l'autre, se terminant par le suicide, mais tragique non uniquement à cause de ce drame final. A la vie de Dostoïevsky, nous hésiterions d'appliquer le qualificatif « tragique ». Chez Van Gogh, avant qu'il ne se soit donné définitivement à sa vocation de peintre, nous nous trouvons en présence, dans ses actes, dans ses passions, dans la recherche de son moi et de sa voie, de la même acuité du vécu sous l'emprise des forces intérieures (les deux pôles de l'épileptoïdie) qui se heurtent violemment en lui. Chez Dostoïevsky, cette structure apparaîtra surtout dans ses œuvres. Certes, dans ce domaine comme dans d'autres, il y a lieu de réserver la place qui leur revient aux différences individuelles. Tous les épileptiques, qu'ils soient des génies ou de

(1) Berdiaeff. — *L'esprit de Dostoïevsky*, édit. Saint-Michel, Paris, 1929, page 33.
(2) *Loc. cit.*, page 19.
(3) Louis Piérard a donné ce titre à son livre sur van Gogh.

simples mortels, ne vivent, ne se réalisent, ne créent pas exactement sur le même modèle.

Il y a du reste encore une différence qui pourrait entrer en ligne de compte : tous deux épileptiques, Van Gogh est peintre et Dostoïevsky, écrivain. Peindre et écrire ne sont point des « fonctions » interchangeables. Il suffit de dire que le romancier s'exprime par les personnages qu'il introduit, le peintre n'ayant point recours à des « intermédiaires » de cet ordre ; le roman se déroule *dans* le temps, ce que le tableau ne fait point ; de même que, pour nous, « lire » un roman et « regarder » un tableau, tout en nous donnant dans les deux cas aux valeurs qu'ils comportent, sont des activités différentes. En d'autres termes, le peintre et l'écrivain « regardent » le monde et se situent par rapport à lui de deux façons qui ne se superposent point. Le « regard » du peintre est plus direct, plus concentré, plus condensé. Les arts plastiques sont à une « dimension » si l'on peut dire (non au sens géométrique), les belles-lettres en comportent plusieurs, sans que pour cela évidemment la valeur des uns et des autres soit à mesurer au « nombre » de ces dimensions. Cette image ne sert qu'à en marquer la différence sur le plan phénoménal et vital. Mais de là aussi la possibilité de ce que le peintre et l'écrivain, quand même ils seraient du même bord structural, « regardent » en général la réalité et le monde d'une façon distincte et, en fonction de cette différence, vivent aussi, le cas échéant, différemment. Nous sommes amenés ainsi à nous demander si Von Gogh n'a point vécu en « peintre » avant de l'être devenu, tandis que Dostoïevsky a vécu comme il l'a pu en se concentrant sur cette « réalité » que formaient ses personnages et par laquelle il se « donnait éperdument » au monde et à lui-même. Ce ne sont pourtant pas des mondes imaginaires, nous l'avons dit déjà. Simples remarques qui nous viennent à l'esprit.

Cette différence, établie sur le plan phénoménologique entre regarder le monde « en peintre » et « en écrivain », ne se recoupe d'ailleurs pas nécessairement avec ce que sont, sur le plan empirique, peintres et écrivains. Chez les uns et chez les autres, ces deux façons d'être peuvent s'entremêler. Mais, contrairement à d'autres écrivains, Dostoïevsky n'est pas « peintre » du tout. Le paysage, le décor, dans la vie courante l'indifèrent. « De Gênes, il s'embarque pour Livourne, et de là... va à Florence. Mais Dostoïevsky ne sait pas voyager. Il

traverse le pays en somnambule. Il ne s'éveille de son rêve intérieur que pour happer d'un coup d'œil la silhouette d'un grand bourgeois attablé dans un café ou d'une logeuse qui se mouche en tiraillant son nez comme une sonnette. Avec la rapidité d'un déclic, il évoque dans leur pauvre drame intime leurs joies ratatinées, leurs remords dorlotés... Mais le décor qui les entoure tremble et recule dans la brume. Dostoïevsky ne voit pas au-delà de l'homme. Sa vision se limite à l'homme. Le paysage ne l'intéresse pas. » (1).

C'est dans le même sens que s'exprime Stefan Zweig :

« En pleine bataille, au milieu des massacres les plus sanglants, Homère nous donne quelques lignes de description ; ...la lumière argentée de la Grèce éclaire le carnage ; ...nous respirons, nous oublions les tristesses humaines. Faust lui-même célèbre le lundi de Pâques et son allégresse se mêle au printemps universel. Dans toutes ces œuvres, la nature nous libère du monde des hommes. La nature, la détente, manquent chez Dostoïevsky. Son univers se réduit à l'homme seul... Le paysage ne l'intéresse pas. Son incomparable connaissance de l'homme, il la paie d'une indifférence inouïe pour la nature et pour l'art. Et ce qui est uniquement humain, a encore quelque chose de trouble et d'insuffisant. » (2).

Dans le même sens encore, bien que dans un autre ordre d'idées, à savoir celui de la recherche de Dieu, il y a lieu d'interpréter les paroles de Berdiaeff que Dostoïevsky est avant tout un « anthropologiste », que « c'est l'anthropologie qui le hante et non la théologie », car c'est « le destin humain qui est le thème qui excite exclusivement son intérêt » (3).

(A ce propos, l'accent tombant toujours sur l'humain, il nous paraît intéressant de citer les paroles suivantes de Van Gogh écrites dans une de ses lettres à Théo à la période du début de son activité artistique. « Théo, je ne serai décidément pas un paysagiste, *il y aura là, toujours là-dedans, traces de figures.* » Et réellement, dans maintes toiles de Van Gogh on sent la présence de l'homme bien qu'en fait il en soit absent).

Et ses personnages n'ont rien d'un « portrait », comme nous le verrons lorsque nous étudierons la façon dont les hommes communiquent, chez lui, entre eux.

(1) Henri Troyat, page 319.
(2) Stefan Zweig, page 130.
(3) Berdiaeff, pages 23 et 27.

Et, comme nous en sommes aux différences concernant Dostoïevsky et Van Gogh, une autre constatation s'impose encore. F. Minkowska a insisté sur les facteurs de montée et de descente et par delà, d'élévation et de chute, conformes à la vision du monde et des épileptiques et des épileptoïdes, facteurs dominants sur le plan formel l'œuvre de Van Gogh ; elle a montré également comment progressivement, au fur et à mesure que les états confusionnels se multiplient, la chute en profondeur (champ de blé ; rétrécissement de l'horizon jusqu'à une mince bande ; de même le dernier tableau) prend le dessus sur la montée, finit par l'écraser. Il est de toute évidence que ces mêmes facteurs ne peuvent point s'exprimer de cette façon dans un roman. Une autre et unique voie leur est ouverte : celle du Bien et du Mal. Effectivement, cette opposition (de l'élévation et de la chute) et ce problème se trouvent posés chez Dostoïevsky avec une acuité toute particulière, à l'instar et à l'échelle de l'acuité, plastique cette fois-ci, qu'ils ont chez Van Gogh.

De même, la vision du monde en mouvement et en images devra trouver une expression distincte. La comparaison des toiles de Seurat et de Van Gogh, très différents quant à leur vision du monde, met en relief l'importance de ce facteur dynamique chez Van Gogh. Mais chez un écrivain, cette même vision devra trouver d'autres voies. Le peintre doit inclure et exprimer le dynamisme dans sa toile, « immobile » dans un sens ; l'auteur aura le déroulement de l'action et la façon d'évoluer des personnages à sa disposition de même que le rythme auquel se déroulera son récit.

Nous avons mentionné déjà que les expressions mêmes auxquelles ont recours les auteurs en parlant de Dostoïevsky sont significatives. Nous nous arrêterons à ce propos un instant au premier chapitre du livre de Berdiaeff : « L'aspect spirituel de Dostoïevsky », chapitre dans lequel Berdiaeff touche de très près, comme nous le pensons, au point crucial du problème Dostoïevsky et qui, placé en tête, nous en donne une vue d'ensemble. Les chapitres qui suivent : L'homme, la Liberté, le Mal, l'Amour, etc..., sont centrés sur des problèmes particuliers et, malgré tout l'intérêt qu'ils présentent, s'éloignent, dans leur forme presque trop précise, de « l'original ».

De ce premier chapitre, nous reproduisons quelques phrases ou quelques bribes de phrases qui nous paraissent particulièrement significatives, en y soulignant ce qui est à retenir avant tout. Berdiaeff se fixe un but :

« pénétrer jusqu'en profondeur la manière dont il (Dostoïevsky) a senti l'univers et avec ces éléments reconstruire par intuition toute sa *vision du monde* » (1).

Et à propos de cette vision, nous lisons dans les pages qui suivent :

« Existence au plus haut degré *dynamique*, Dostoïevsky a étudié exclusivement le processus vivant de ce dynamisme, il a soulevé dans son œuvre des idées comme des *tourbillons de feu*, il les a enveloppés d'une atmosphère *embrasée*..., tout est *feu et mouvement*, opposition et combat. Les idées sont des *ondes de flamme*, jamais des catégories figées. Dostoïevsky a découvert des mondes nouveaux, des *mondes en mouvement*, par lesquels seulement sont intelligibles les destins humains. Si on considère les choses du *point de vue dynamique*, il n'y a plus de contradictions dans son œuvre. Profondément servi par les dispositions de sa race, Dostoïevsky a franchi les limites de la vie psychique pour révéler au-delà, des *lointains*, des *profondeurs* spirituelles. Sous les couches déjà explorées par le psychologue, éclairées d'une lumière rationnelle, soumises aux normes de la raison, il découvre en chaque être *un foyer volcanique : volcans souterrains* dont l'éruption remplira son œuvre. Car, avec Dostoïevsky, c'est bien une âme nouvelle, une *nouvelle perception du monde* qui naît. Le lecteur lui-même se sent emporté dans cet *ouragan* qui traverse toute son œuvre. Le grand art de Dostoïevsky a été d'exprimer les mouvements occultes qui agitent le *sous-sol* de la nature humaine, ...c'est vers le Devenir (la majuscule est caractéristique) qu'il faut regarder, ...la révélation de formes inédites de l'être. Tolstoï a été le grand peintre de ce qui est, Dostoïevsky ne s'occupe que du Devenir... Tolstoï n'a rien d'un prophète. Ce *voyant* du cœur humain qu'a été Dostoïevsky, car chez Dostoïevsky le monde empirique, les formes extérieures de la vie, l'homme en chair et en os, ne sont pas des réalités dernières. La réalité, pour lui, c'est la *profondeur* spirituelle de l'homme, c'est la destinée de l'esprit humain. La réalité, ce sont les rapports de l'homme avec Dieu, de l'homme avec le diable ; la réalité, ce sont les idées par lesquelles l'homme vit. Chez lui, sous la vie consciente se dissimule toujours un univers inconscient auquel sont liés ses *pressentiments de visionnaire*. Et les êtres ne communiquent pas seulement par les fils visibles au grand jour de la conscience, mais surtout par ces liens *mystérieux* qui plongent dans la *profondeur* de leur vie inconsciente... Dostoïevsky nous les montre (ses personnages) tous *rivés* les uns aux autres par *des anneaux qui ne sont pas d'ici-bas*. Il n'est lié à aucune force *stable* de l'existence : tout dans sa nature est dynamisme, inquiétude, esprit de révolution.

(1) *Loc. cit.*, page 9.

Dostoïevsky est l'homme des *souterrains mouvants ;* son climat est le *feu,* sa position le *mouvement ;* ceux qui ne voient en lui qu'un artiste ou un psychologue, ne le comprennent certainement pas... Tout tourne autour de ces « maudites questions éternelles », ce qui ne veut point dire que Dostoïevsky ait écrit des romans à tendance ou à thèse pour la propagation de telle ou telle idée précise. Dostoïevsky a donc découvert un nouveau monde spirituel: il a restitué à l'homme la profondeur spirituelle... Il ne restait à l'homme que l'enveloppe de son corps et les régions *moyennes* de son âme : il avait cessé de percevoir la dimension en profondeur. » (1).

Nous voulons signaler encore qu'il est question chez Berdiaeff, comme chez presque tous les autres auteurs, d'une vision *apocalyptique.*

L'affinité avec ce que par ailleurs nous savons de la « vision du monde » caractéristique de la série épileptoïdo-épileptique est telle qu'il est à peine nécessaire d'y insister. Maintes réponses obtenues dans le Rorschach chez les sujets appartenant à cette série reviennent à l'esprit. Et pour Van Gogh, F. Minkowska a parlé d'une façon imagée « d'arbre tourbillon ».

Deux remarques cependant semblent nécessaires; elles concernent le dynamisme et l'inconscient. Elles se touchent d'ailleurs de près. « Monde en mouvement » et non mouvement dans le monde. Par là même, le « mouvement » dépasse radicalement non seulement le simple déplacement des objets et jusqu'aux astres dans l'espace, mais encore le mouvement de l'histoire en tant qu'enchaînement d'événements dans le temps. C'est le mouvement qui prime et nous comprenons comment Berdiaeff a été amené à écrire Devenir avec une majuscule. C'est le dynamisme élémentaire qui est en cause, mouvement en dehors de l'espace, mais aussi en dehors du temps historique, et qui, intimement lié à la dimension en profondeur, se met en perspective sur l'éternel. Et si, sous cet angle, il est fait appel aussi au terme « inconscient », cet inconscient, en tant que donnée fondamentale et première, ne saurait en aucun cas être confondu avec l'inconscient tel que l'entend la psychanalyse, aussi peu que la « psychologie en profondeur », dont celle-ci se réclame, a de commun avec la « profondeur », pour obscure et mystérieuse qu'elle soit, vécue d'une façon immédiate en tant que « source ». Et si de cette manière, un lien est établi entre le « monde » dostoïevs-

(1) *Loc. cit.,* pp. 10-36.

kien et la vision du monde, de même qu'avec les réponses kinesthésiques des épileptiques, cette optique, procédant du dynamisme élémentaire, nous rend compte de surcroît, en partie du moins dès à présent, des « contradictions » dont il a été question de même que du nébuleux, du ténébreux de la première impression, Et si, même à la seconde lecture, ces caractères demeurent, ils n'ont plus uniquement un caractère négatif, mais affirment au contraire hautement, cette fois-ci, la place qui leur revient dans la vie ; non seulement faiblesse dès lors, mais aussi et même surtout ressources sans lesquelles la vie se « prosaïse » dans sa précision excessive et à outrance ; c'est que, sur ce plan, il ne saurait être question de précision ; elle le détruirait.

Et comme nous en sommes aux expressions des auteurs nous aimerions citer encore quelques phrases d'André Gide (1) :

« Or, ce qui importe surtout dans un livre de Dostoïevsky, tout comme dans un tableau de Rembrandt, c'est l'ombre. Dostoïevsky groupe ses personnages et ses événements, et projette sur eux une intense lumière, de manière qu'elle ne les frappe que d'un seul côté. Chacun de ces personnages *baigne dans l'ombre*. Nous remarquons aussi chez Dostoïevsky un singulier besoin de *grouper*, de *concentrer*, de *centraliser*, de créer entre tous les éléments du roman le plus de *relations et de réciprocité* possibles. Les événements chez lui, au lieu de suivre un cours lent et égal, comme chez Stendhal ou Tolstoï, il y a toujours un moment où ils se *mêlent et se nouent dans une sorte de vertex ;* ce sont des *tourbillons* où les éléments du récit, moraux, psychologiques et extérieurs, se *perdent* et se retrouvent. Nous ne voyons chez lui aucune simplification, aucun *épurement de la ligne*. Il se plaît dans la complexité, il la protège. Jamais les sentiments, les passions, ne se présentent à l'*état pur*. Il ne fait pas le vide autour. »

Il n'est guère difficile de mettre ces paroles en parallèle avec le mécanisme du lien et avec « l'agglutination » à laquelle il mène en s'exagérant, mécanisme mis en valeur par l'analyse structurale des manifestations mentales ou typologiques de la série sensorio-épileptoïdo-épileptique ; et par delà, avec la « confusion » qu'ils ont pour corollaire.

A ce propos, il y a lieu de remarquer que ces mécanismes se manifestent d'une manière particulièrement nette dans des situations qui sortent l'individu de la réalité « ordinaire et courante », que ce soit le Rorschach, la folie ou enfin le roman. C'est que cette réalité pose à chaque instant des exigences qui

(1) *Loc. cit.*, page 132.

lui sont propres, auxquelles le sujet, dans la mesure justement où il est « normal » par rapport à elle et ne s'en écarte point foncièrement, est obligé de faire face : préoccupations et tâches, décisions, actions, prises de position. Il existe ainsi une *tranche pragmatique* de l'existence commune à tous, qui absorbe et impose ses lois et par rapport à laquelle, du fait même que sur elle nous centrons nos appréciations, d'efficience avant tout, les différences et les nuances typologiques se feront moins jour ou du moins se trouveront reléguées au second plan. Ce n'est qu'à partir du moment où le « comment » prendra place à côté du « quoi », à partir du moment aussi où nous pénétrerons davantage dans l'intimité de l'existence, ou encore, comme nous venons de le dire, lorsque des situations particulières, de par leur nature, nous éloignerons de la tranche pragmatique, qu'elles ressortiront davantage en relief. Ici nous analysons un roman.

Une question subsidiaire se pose encore à ce propos : d'où vient le besoin d'écrire des romans, comment ce besoin se justifie-t-il et, plus encore, comment est-il en général *possible* d'en écrire ? Les vies concrètes ne sont-elles pas « romancées » ? Dès lors, pourquoi ne pas s'en tenir à elles ? L'imagination à elle seule ne suffit point pour répondre à cette question ; tous les romans ne sont pas des produits d'imagination ; et puis, ce n'est point sur l'imagination, dont dans ces conditions on pourrait fort bien se passer, qu'on saurait fonder ce besoin si profondément ancré dans l'existence humaine, aussi peu que cette possibilité qui est là, toute prête, à la portée de la main. Ils procèdent de sources beaucoup plus profondes. L'imagination, au sens courant du terme, n'est point à leur échelle. Nous n'avons pas ici en vue seulement les qualités et les beautés du style qui font les belles lettres ; chez Dostoïevsky en tous les cas le style se situe au second plan ; il est aussi peu limpide que son récit, les deux se touchent d'ailleurs en général de près. Se raconter à d'autres, raconter le roman, le drame intérieur qu'on vit ou qu'on a vécu, se heurte à pas mal de difficultés. Dans l'enchevêtrement même de notre vie intime, les sentiments sont si souvent « parasités » par quantité de facteurs, mineurs il est vrai, mais qui n'en entachent pas moins la pureté, de sorte qu'on se perd souvent dans l'analyse qu'on tente ; de plus, la tranche pragmatique ne vous lâche point et vous oblige ainsi à vous extérioriser comme *elle* l'exige. Cela fait aussi, entre autres, que lorsqu'on croit se raconter, la ten-

dance à la justification même mise à part, on ne se débarrasse point de la préoccupation de « l'effet » qu'on produira, du « qu'en-dira-t-on » ? au sens très large du terme, dépassant les ragots et les appréciations du voisin, en bref de cette impression qu'on le fait toujours peu ou prou « pour la galerie ». (Nous avons étudié cette question dans notre « Vers une Cosmologie », dans l'esquisse intitulée « Le reflet »). Le roman n'a pas à connaître de ces préoccupations ; il en dépouille aussi les personnages qu'il fait entrer en scène. C'est là sa raison d'être, comme c'est là aussi le fondement phénoménal de sa possibilité et du besoin de l'écrire. Il décante, ou du moins certains romans le font. C'est ce qu'avec Gide nous pouvons appeler l'épurement de la ligne. Dans le concret, nous y aspirons sans pouvoir le réaliser. Le roman fait là « mieux » les choses que la réalité. Cela fait aussi que la lecture du roman, en dehors de l'intérêt que par ailleurs il présente et des valeurs qui sont les siennes, nous « délasse » au sens plus élevé du terme ; non simple passe-temps ou banale distraction, il nous délasse de nous-mêmes en premier lieu et de la vie courante.

Mais, pour le dire encore une fois, l'épuration de la ligne n'est pas la préoccupation majeure de tous les écrivains. Chez Dostoïevsky elle n'existe pas. (La manière dostoïevskienne n'est d'ailleurs pas la seule à s'en écarter). Il ne la recherche point. Bien plus, comme il s'en rend compte lui-même, elle n'est guère à sa portée. Ce sont pourtant aussi des romans, et non certes les moins vivants et les moins « beaux ». Dostoïevsky s'écarte de la réalité courante et la « purifie » si l'on veut dans un autre sens (nous rappelons ce que nous avons dit plus haut de sa vie et de son œuvre) : il nous met en présence de la dimension en profondeur, qui fait, certes, aussi partie de la réalité humaine, qui en fait même l'essentiel, mais que la « réalité », dans son efficience, tournée vers le pragmatique, semble étouffer (voir les paroles de Berdiaeff, p. 10) ; dimension pourtant qui, de par sa nature même, ne se prête guère à l'épuration de la ligne. Et c'est peut-être parce que Dostoïevsky a suivi cette voie jusqu'au bout sans la moindre compromission qu'il est vraiment unique dans son genre. « Dostoïevsky tire une grande part de sa puissance créatrice, écrit Stéfan Zweig, de l'obscurité des allusions, des pressentiments. Sa psychologie n'est pas faite pour la lumière crue, elle se rit des arrangeurs et des simplificateurs. » (1).

(1) *Loc. cit.*, page 155.

Et nous voilà placés devant l'épilepsie. Dostoïevsky était épileptique. Qu'est-ce à dire ? Epilepsie, — maladie avec tous les symptômes cliniques et le diagnostic différentiel qu'elle comporte. De ce point de vue, l'apparition, la violence, la fréquence, la forme des accidents épileptiques pourraient nous intéresser sur le plan médical ; là trouverait aussi sa place le fait que son fils Aliocha serait mort, à l'âge de trois ans, dans un état de mal probablement. Mais de cet aspect de l'épilepsie, il n'y a rien à tirer pour la pathographie, sauf peut-être de voir jusqu'à quel point l'épilepsie, en tant que maladie, en tant qu'agent destructeur, les crises devenant le cas échéant de plus en plus fréquentes, n'arrive pas à altérer à la longue, d'une façon qui lui est propre, les facteurs intellectuels et affectifs (démence épileptique), et jusqu'à l'élan créateur lui-même. Chez Dostoïevsky, on ne saurait en parler. Jusqu'au dernier souffle, il a « écrit », et son discours, prononcé très peu de temps avant sa mort à l'occasion du jubilé de Pouchkine, témoigne qu'il est resté en possession de toutes ses forces dostoïevskiennes. Mais, même si cela n'avait pas été le cas, la question « épilepsie », chez Dostoïevsky, ne serait pas épuisée pour autant.

C'est que, sur le plan humain, l'épilepsie, source d'expériences vécues particulières, avec la vision du monde qu'elle conditionne, peut avoir encore une tout autre signification. C'est ce que la psychopathologie contemporaine nous enseigne. F. Minkowska l'a bien mis en évidence pour Van Gogh.

Il en est de même pour Dostoïevsky. Commençons par l'aura : il pressent vaguement l'approche des crises. Ses doutes, ses agitations s'apaisent ; c'est le calme. Mais laissons-lui la parole. Voilà ce qu'il dit à ce sujet dans « L'Idiot » (1) :

« Il (le prince) songea entre autres à la phase par où s'annonçaient ses attaques d'épilepsie quand celles-ci le surprenaient à l'état de veille. En pleine crise d'angoisse, d'hébétement, d'oppression, il lui semblait soudain que son cerveau s'embrasait et que ses forces vitales reprenaient un prodigieux élan. Dans ces instants rapides comme l'éclair, le sentiment de la vie et la conscience se décuplaient pour ainsi dire en lui. Son esprit et son cœur s'illuminaient d'une clarté intense ; toutes ses émotions, tous ses doutes, toutes ses inquiétudes se calmaient à la fois pour se convertir en une souveraine sérénité, faite de joie lumineuse, d'harmonie et d'espérance, à la faveur de

(1) « L'Idiot », Gallimard édit., 1939, page 250.

laquelle sa raison se haussait jusqu'à la compréhension des causes finales.

« Mais ces moments radieux ne faisaient que préluder à la seconde décisive (car cette autre phrase ne durait jamais plus d'une seconde) qui précédait immédiatement l'accès. Cette seconde était positivement au-dessus de ses forces. Quand, une fois rendu à la santé, le prince se remémorait les prodromes de ses attaques, il se disait souvent : Ces éclairs de lucidité où l'hyperesthésie de la sensibilité et de la conscience fait surgir une forme de « vie supérieure », ne sont que des phénomènes morbides, des altérations de l'état normal ; loin donc de se rattacher à une vie supérieure, ils rentrent au contraire dans les manifestations les plus inférieures de l'être.

« Cependant, il aboutissait à une conclusion des plus paradoxales : « Qu'importe que mon état soit morbide ? Qu'importe que cette exaltation soit un phénomène anormal, si l'instant qu'elle fait naître, évoqué et analysé par moi quand je reviens à la santé, s'avère comme atteignant une harmonie et une beauté supérieures, et si cet instant me procure, à un degré inouï, insoupçonné, un sentiment de plénitude, de mesure, d'apaisement et de fusion, dans un état de prière, avec la plus haute synthèse de la vie. »

« Pendant quelques instants, disait aussi Fedor Mikhaïlovitch à ses amis, je connais un bonheur tel qu'il est impossible de le concevoir en temps normal et que les autres ne l'imaginent même pas. J'éprouve une harmonie complète en moi et dans le monde, et ce sentiment est si fort, si suave que, pour quelques secondes de cette jouissance, on pourrait donner dix ans de sa vie, peut-être même toute sa vie. »

Cette description se passe de commentaires. Vision lumineuse, exceptionnelle, non à la portée du commun des mortels, dépassant en acuité et en luminosité tout ce que la vie courante peut encore donner, susceptible dès lors de marquer toute une existence, là en premier lieu où elle est doublée d'un génie créateur. « Expériences vécues », telles aussi que nous les voyons chez Van Gogh. Sous sa plume, nous trouvons, entre autres, ces paroles : « j'ai une lucidité terrible », et alors « je ne me sens plus et le tableau me vient comme dans un rêve ».

Il est curieux de constater jusqu'à quel point concordent les opinions émises à ce propos par les trois auteurs que nous avons choisis. Berdiaeff :

« Son épilepsie même n'est pas chez lui une maladie accidentelle ; c'est en elle que se révèlent les profondeurs de l'esprit. » (1).

(1) *Loc. cit.*, page 321.

Gide :

« ...épileptique, nous le savons, Dostoïevsky l'a été lui-même ; et l'insistance qu'il met à faire intervenir l'épilepsie dans ses romans nous éclaire suffisamment sur le rôle qu'il attribuait à la maladie dans la formation de son éthique, dans la courbe de ses pensées. » (1).

Troyat :

« Peut-être fut-il donné à Dostoïevsky, au cours de ses crises d'épilepsie, de se hisser jusqu'au sommet du mur et d'embrasser du regard l'étendue interdite ; il retombe ébloui, aveuglé, avec au cœur le regret de cette vision miraculeuse. Mais il a vu, il a vu... Il est l'un des seuls qui ait vu... Il l'avoue dans l'homme souterrain. Et l'homme souterrain devient ainsi le chef de toute son œuvre. Car tout au long de son œuvre, Dostoïevsky sera tiraillé entre la conception naturelle et la conception surnaturelle du monde. Il est suspendu entre ciel et terre. Il est sollicité par le ciel et par la terre. » (2).

Ce n'est pas la seule expérience, bien que les autres aient peut-être moins de portée.

« Lorsqu'il revient à lui (après les crises), ses muscles étaient fatigués par les crampes, sa tête vide. Il avait, selon son propre aveu, l'impression qu'il était coupable d'un crime terrible et que rien ne pourrait le relever de sa faute. Etait-ce la mort de son père, était-ce la mort de l'ivrogne Issaiev qui le torturait ainsi ? Cette soif de châtiment a dominé toute la vie interne de Dostoïevsky. » (3).

Troyat nous rapporte encore les paroles suivantes de Dostoïevsky :

« Quand je suis revenu à moi, la tête me faisait atrocement mal et je ne pouvais parler correctement. Annette a passé la nuit avec moi. (Effroi mystique intense). » (4).

Et si le passage précédent nous oriente vers le sentiment de culpabilité, nous ne saurions axer sur lui uniquement notre recherche. A côté, et probablement en premier lieu, intervient la « forme ». Car ce sentiment, dans son acuité même, dans

(1) *Loc. cit.*, page 209.
(2) *Loc. cit.*, page 347.
(3) Henri TROYAT, page 303.
(4) *Loc. cit.*, page 462.

la manière dont il s'exprime dans les romans sous l'aspect particulier de la controverse entre le Bien et le Mal, de l'élévation et de la chute, semble être révélateur de la forme, de la vision spécifique du monde. Bien sûr, la forme ne trouve que des « contenus » pour s'exprimer et pour prendre corps, mais ces contenus n'en sont qu'une formulation, si l'on peut dire, et ne sauraient, de ce fait, avoir toujours et uniformément la même signification. Ils procèdent de formes différentes. Par celles-ci, ils peuvent même être « imposés » ; en elles aussi, ils trouvent leurs « nuances » et la portée qu'il y a lieu de leur attribuer (1). Ce que Van Gogh nous dit de ses expériences religieuses au cours des états crépusculaires revient à l'esprit. « L'effroi mystique intense » abonde dans le même sens, de même que cette vision lumineuse de l'aura dont Dostoïevsky parle avec extase.

La psychopathologie de l'épilepsie ne s'arrête pas là, du reste. Nous avons de quoi poursuivre nos démarches. En tête de ces démarches, nous aimerions placer les paroles de F. Minkowska :

« Quand un épileptique se trouve en conflit, il le porte en lui *sans détente,* sans trouver la possibilité de se *décharger ;* décharge et détente lui sont interdites du fait de son adhésivité particulière. Le conflit agit à l'instar d'un aimant, autour duquel se condensent de plus en plus la charge affective et le tourment intérieur. Cette concentration creuse *en profondeur ;* la réalité disparaît, la conscience *s'obnubile* et est envahie par un sentiment *élémentaire* d'angoisse et de peur (terreur). Ce facteur destructif se traduit, non comme chez le mélancolique, par des idées qui visent l'individu lui-même, mais par des visions d'ordre *général,* de forces élémentaires déchaînées menant à un anéantissement universel où tout doit sombrer (Weltuntergang ; Weltuntergang bien plus que simple fin du monde). De là le caractère surnaturel, mystique, cosmique du délire. » (2). (Effroi mystique intense de Dostoïevsky).

Certes, ce sont des cas extrêmes. N'empêche que le « mouvement » essentiel du monde épileptique est ainsi donné. Il ne va pas toujours jusqu'à l'obnubilation totale de la conscience avec

(1) Cette façon de voir ne réduit point les contenus au silence ; en particulier, la sensualité chez Dostoïevsky demanderait incontestablement à être examinée dans ses caractères propres.

(2) Epilepsie und Schizophrenie im Erbgang mit besonderer Berüchsichtigung der epileptischen Konstitution und der epileptischen Struktur. Familie F und Familie B). *Archiv. der Julius Klausstiftung.* Band III, 1937. Orel Fussli-Verlag, Zurich. Kapitel VII : Die Struktur der Epilepsie.

le déchaînement des forces élémentaires et cosmiques en furie et les visions terrifiantes qui l'accompagnent. Il n'en suit pas moins ce tracé, n'en épouse pas moins ses caractères fondamentaux : mouvement qui creuse en profondeur, pour se mettre, dans une vision qui embrase comme un volcan et est entachée ainsi de « confus », en perspective, en dépassant l'individuel, sur le cosmique avec les forces destructrices, latentes peut-être seulement, mais en tous les cas présentes, que, dans son dynamisme élémentaire, il cèle.

Il s'agit maintenant de préciser ce qui vient d'être dit. La dimension de profondeur, ou mieux : (creuser) « en profondeur », se trouve nettement posée devant les yeux. Et c'est par elle, croyons-nous, qu'il y a lieu de commencer. « Profond », « profondeur » sont d'un usage courant. Ils visent incontestablement une catégorie vitale essentielle. Ils n'ont pourtant pas toujours le même sens. Une distinction est à faire. Elle est capitale.

Profond et superficiel. Pensée profonde qui cherche à atteindre le fond des choses et, simultanément et de ce fait, semble pouvoir en embrasser quantité (sans qu'elles soient nécessairement dénombrables) parmi elles, en comprendre toute une tranche ; « petite » pensée étriquée, qui se meut en surface et se limite à une tranche insignifiante. Mais, en tous les cas, l'une comme l'autre vont vers les « choses », vers les objets, quand bien même ces choses, là avant tout où il s'agit d'une pensée profonde, concerneraient les « choses humaines », auraient ainsi un aspect humain. Mais surtout sentiment profond, qui engage « profondément » notre personne, la fait vibrer comme il sied, l'expose ainsi à des heurts, à des « blessures » qui seront douloureusement, « profondément » ressentis. Plus profond que nécessairement durable, dans le sens de durer sans changer, car si incompatible avec l'instantané, ou avec ce qui est fugace, passe trop vite et ne se fixe pas, il procède de la durée vécue, se met en perspective sur le « mouvant », que l'existence, dans son organisation, comporte, sur la vie et sur la mort si l'on veut (des sentiments également) ; ce qui dure et ne fait que ça n'est pas encore nécessairement profond. Et, au pôle opposé, l'individu inconsistant, qui glisse sur tout, qui manque de fond, qui ne « prend point le temps » pour s'arrêter aux choses, pour réfléchir et les « sentir ». Le sentiment profond constitue une valeur, il est d'une haute portée. Il procède de la vocation humaine et nous en révèle le sens, le sens profond, dirions-nous volontiers. A qui

encore attribuerions-nous la faculté de sentir profondément, sinon à l'homme ? Mais ce faisant, nous le situons aussi : en l'engageant, cette faculté se limite à l'individuel, ne le dépasse point, en fait ressortir au contraire les contours en relief, dans ce secteur de la vie, puisque par elle l'homme tend à se réaliser pleinement, à réaliser sa vocation. Le sentiment profond procède du relief et suit ainsi une ligne « épurée », dans la mesure évidemment où la condition humaine, de son côté, le permet, cette condition qui rapetisse en partie, qui, comme nous l'avons vu, entache la pureté d'éléments seconds. Et, si ce sentiment expose à des heurts et à des blessures, il n'altère jamais, tant qu'il reste fidèle à sa nature et ne devient aveugle — ce qui est tout autre chose — la personne ; bien au contraire. Conviction profonde également, mais non nécessairement rigide et immobilisée une fois pour toutes, laissant toujours une marge, pour petite qu'elle soit, de disponibilité.

La profondeur à laquelle se réfère le « mouvement » de la série épileptique a un tout autre sens. Il creuse en profondeur. Il creuse avant qu'en le suivant nous commencions à creuser nous-mêmes, à scruter, à discerner le monde qu'il cèle. En dépassant nos limites, dans sa portée universelle, il nous mène non vers notre for intérieur, mais vers le fond même de l'existence. Vision directe, qui trouble la « lucidité » et nous met en contact avec le dynamisme primitif (le Devenir), qui, dans son universalité même, relève du mystérieux et de l'énigmatique, touche de près au « confus », mais qui, en même temps, s'il est chargé de périls, est la source première que nous sentons obscurément, mais aussi si puissamment, palpiter en nous, qui nous relie tous et nous porte, qui pose devant nous toujours à nouveau, en dehors du temps et de l'espace, les mêmes problèmes éternels, et dont procède directement, à côté de facteurs destructeurs, tout ce qui dans notre vie est émergence, jaillissement, inspiration, « vision » et création. La profondeur (du sentiment) est une valeur ; le « en profondeur » comporte une vision du monde. Et c'est là aussi un des fondements essentiels, le plus essentiel peut-être parmi tous, de notre existence.

Profondeur individuelle ou personnelle et profondeur souterraine, aurions-nous envie de dire, toutes deux, bien que distinctes et bien que chacune à sa façon, étant appelées à nous hausser, dans la mesure où c'est « terrestrement » possible, à notre destinée. Aspiration à la plénitude à travers heurts et blessures d'une part, éternelle recherche à travers un tourment aigu de l'autre.

Profondeur souterraine, mais non profondeur située dans des couches toujours terrestres, se trouvant, à l'instar des formations géologiques superposées, sous la surface de la terre, mais profondeur qui porte tout ce qui est encore terrestre, l'alimente de son dynamisme et l'anime. Inconscient dès lors aussi, mais non de nouveau simplement caché au conscient et fait sur son modèle, mais le baignant de toutes parts de ses flots mystérieux, mouvants, vivifiants, et lui donnant son vrai sens.

Il va de soi que la « profondeur » dostoïevskienne ressortit à la profondeur souterraine. Ce n'est point l'opposition de l'homme capable de réagir profondément et de l'homme inconsistant qui est en jeu, mais la « profondeur » avec le mode d'existence et la vision du monde qu'elle conditionne, avec les problèmes qu'elle seule pose.

Vision éblouissante de l'aura, vision d'un instant seulement, qu'on ne saurait vivre plus d'un instant, et encore moins vivre terrestrement. Là, cette vision ne trouve pas de place et se dégrade. Pourtant, comme un flambeau, menacé de s'éteindre à chaque moment au moindre souffle de vent, elle marque et guide.

Dimension en profondeur, disons-nous. Cette dimension présuppose que notre vie se déroule sur des *plans* différents, plans dont chacun possède ses caractères propres et qui, à l'occasion ou même par essence, sont destinés à entrer en conflit les uns avec les autres. C'est ce que nous enseigne la « profondeur » sur laquelle se bâtit l'œuvre de Dostoïevsky.

Nous avons vu déjà que Berdiaeff parlait, à ce propos, de couches, et plus particulièrement de couches moyennes. Cette idée se trouve exprimée encore plus nettement chez Gide :

« Il semble que Dostoïevsky établisse dans l'âme humaine, ou simplement y reconnaisse, des couches diverses, une sorte de stratification. Je distingue, dans les personnages de ses romans, trois couches, trois régions : une région intellectuelle, étrangère à l'âme et d'où pourtant émanent les pires tentations. C'est là qu'habite, selon Dostoïevsky, l'élément perfide, l'élément démoniaque. Je ne m'occupe pour l'instant que de la seconde couche (couche moyenne de Berdiaeff ?), qui est la région des passions, région dévastée par des tourbillons orageux, mais, si tragiques que soient les événements que ces orages déterminent, l'âme même des personnages n'en est pas précisément affectée. Il y a une région plus profonde, que ne trouble pas la passion. C'est cette région qui nous permet d'atteindre avec Raskolnikoff cette résurection (et je donne à ce mot le sens que lui

donne Tolstoï), cette « seconde naissance », comme disait le Christ. C'est la région où vit Miuchkine. » (1).

Cette « stratification » exige pourtant quelques commentaires, comme elle appelle quelques réserves. Elle ne satisfait point entièrement et ne rend point compte, ou du moins ne fait pas suffisamment ressortir en relief les traits essentiels de l'œuvre de Dostoïevsky, en particulier les « contradictions », le « climat », le « confus » dans la forme, dont il a été question. Elle pèche aussi peut-être par excès de psychologisme, en ce sens qu'elle situe les couches dans l'être humain, tandis que la « profondeur », bien qu'elle soit l'apanage de chaque être, a d'emblée quelque chose de trans-personnel, de cosmique en elle.

Nous échappons difficilement à l'emprise des images géométriques. Couches, couches superposées dès lors, à l'instar presque des étages d'une maison, avec une échelle de valeurs, les couches situées en haut étant en fait supérieures. Point de vue que nous retrouvons en neuro-physiologie, avec les fonctions, leur évolution et le cas échéant leur dissolution, en connexion en partie avec l'anatomie du système nerveux central dans sa structure hiérarchisée, de même qu'en psychologie et en psychopathologie, dans la mesure où elles se bâtissent sur ce modèle en partant des fonctions.

Mais déjà, d'après les stratifications indiquées, il ne s'agit point de fonctions, ni de facultés. Et, de plus, les couches les plus profondes ne sont nullement les plus inférieures, ni même les plus archaïques, mais justement celles qui décident de la destinée humaine : non une maison avec des étages, dont le dernier permet de découvrir une vue étendue, mais les fondements sur lesquels repose l'édifice et qui, bien qu'invisibles, portent le tout et se prolongent dans ce « souterrain » où ils reposent.

« Mouvement en profondeur », « mouvement dans les profondeurs », davantage que profondeur substantialisée ou, si à tout prix on veut user de substantif, « profondeur en elle-même et par elle-même », profondeur absolue et non relative seulement. Pour paradoxal que cela puisse paraître à notre esprit de géométrie, profondeur d'emblée et sans plus, ne postulant ni références, ni comparaisons.

Ce n'est évidemment qu'une assertion d'attente. La profondeur n'épuise point l'existence et en elle seule nous ne saurions

(1) *Loc. cit.*, page 152.

vivre. Et si, maintenant, nous nous demandons quel est l'autre versant de l'existence, qui vient prendre place à côté de la profondeur et entrer en compétition, si ce n'est en contradiction, avec elle, nous le trouvons non dans des couches psychologiques plus ou moins superposées et plus ou moins superficielles, mais dans la *forme socialisée de la vie,* avec les antithèses rationnelles que nécessairement elle comporte. Et pour celle-ci, bien qu'elle ne ressortisse point à la profondeur, nous n'emploierons pas le qualificatif « superficiel ». Elle ne l'est point. Et, d'autre part, elle est aussi trans-personnelle, en ce sens qu'elle n'est pas une somme d'individus isolés, mais forme le cadre dont procède tout individu et auquel il est appelé à s'intégrer. Pourtant, elle est « autre » que la profondeur.

Autant la profondeur est concentrée, chargée de dynamisme élémentaire, confuse, mystérieuse et obscure, mais en même temps attire comme un aimant, autant cette forme socialisée s'étale « au grand jour », dans le temps et dans l'espace, procède de l'histoire et des conditionnements, est palpable, tend tout naturellement à la précision et à la netteté, parle un langage « articulé », langage qui demeure étranger à la « profondeur ». L'éternel et l'historique, le Devenir et le devenir s'affrontent ici à nouveau (1).

Strakhov, critique contemporain de Dostoïevsky, fait de Raskolnikoff un nihiliste ; d'autre part, Raskolnikoff a été comparé à Bazarow de Tourgenieff. Troyat écrit :

« Or, entre Bazarow et Raskolnikoff la distance est considérable. Bazarow est un homme nouveau, un héros de son temps et strictement de son temps : un nihiliste. Raskolnikoff, en revanche, est de tous les temps. Ce n'est pas un problème social qui le tourmente, mais un problème métaphysique. Il n'est pas le *résultat* d'une mode intellectuelle, mais d'une *permanence* humaine. Bazarow n'est concevable que dans le cadre du XIX^e^ siècle ; Raskolnikoff aurait pu apparaître au moyen âge comme de nos jours. Bazarow est un homme, Raskolnikoff c'est l'homme. » (2).

Nous rejoignons par là le caractère « universel » de l'œuvre de Dostoïevsky.

Nous nous trouvons placés maintenant en face d'une stratifi-

(1) Maintes pages de H. Bergson, et tout particulièrement dans « Les deux sources de la morale et de la religion », ont trait à ce problème fondamental de la profondeur et de la forme socialisée de la vie.

(2) *Loc. cit.,* page 383.

cation, ou mieux d'une « organisation », d'une structuration fondamentale de la vie. Tout ce qui s'extériorise, — et nous ne saurions exister sans nous extérioriser —, du plus petit geste jusqu'à l'œuvre, tombe dans le « domaine public » et procède dès lors de son optique particulière. L'acte une fois accompli, la sincérité et l'authenticité de ses motifs peuvent être mises en discussion, pour sincères et authentiques que ces motifs aient paru ou même qu'effectivement aient été lors de l'élaboration de cet acte. Il peut aussi avoir des effets imprévus, non soupçonnés au moment de sa formation, voire aller à l'encontre de ce qu'intentionnellement on a cru rechercher. Il se situe maintenant dans la perspective de l'historicité, de l'époque, de la causalité, du conditionnement par des facteurs variés et multiples, dont, à sa source, il n'avait point à connaître. Cette source ne se ramène point uniquement à ce qu'on appelle notre « vie intérieure », avec les motivations qu'elle comporte et qui s'offrent à notre analyse. Cela n'en est qu'une partie. Car le « regard » va non pas tant à l'intérieur de notre moi et s'y arrête, qu'il se détourne de la forme socialisée de la vie pour plonger en profondeur vers les ténèbres, souterrains si l'on veut, mais qui palpitent d'une vie à eux, origine de tout ce qui, à travers mille tourments toujours, est recherche, jaillissement, création, comme nous l'avons vu déjà. Et la « pureté » de ce jaillissement ne saurait être mise en cause, ne saurait évoquer un doute quant à son authenticité, bien qu'une fois extériosé — et il n'a pas d'autre voie pour se réaliser — il peut se présenter sous un autre aspect.

L'existence personnelle se trouve encadrée ainsi par deux « mondes » trans-personnels, et c'est ce qui la rend humainement personnelle. Deux mondes qui sont incompatibles au fond, chacun obéissant à des normes différentes et s'ouvrant sur des perspectives, sur des données distinctes. Nous ne saurions renoncer, ou mieux échapper, — nous n'en éprouvons d'ailleurs pas le besoin —, ni à l'un ni à l'autre, du moment qu'ils fondent notre vie et la rendent structurée. Cette incompatibilité est à la base de la « tension » si indispensable dans la vie. Elle en constitue le drame, mais aussi l'essence. Le terme « incompatibilité » est d'ailleurs peut-être trop fort, effet de cette tendance à la rationalisation et, partant, à la juxtaposition de deux contraires sous une forme antinomique, qui nous guette à chaque pas tout au long de nos démarches et qui se situe davantage sur le versant de la forme socialisée que de la profondeur. C'est que, malgré cette incompatibilité et en bénéficiant de la tension qu'elle apporte, nous arrivons à vivre notre vie, à y progresser, ou du

moins cherchons à le faire, sans trébucher à chaque pas, sans nous heurter constamment à l'antonymie, au risque, en présence de celle-ci, de nous fixer à un seul de ces deux termes, si ce n'est d'abandonner la partie, de nous dire logiquement qu'aucune solution valable ne saurait être trouvée. Et cela, de nouveau, c'est probablement à la « profondeur » que nous le devons.

L'idée de la structuration de la vie mentale une fois posée, cette structuration ne se limite point évidemment à l'aspect que nous venons d'étudier. A côté se posera l'organisation du champ de la conscience avec son centre et ses zones marginales, sans que ces termes puissent être pris dans un sens géométrique, avec le « mouvement » qu'ils comportent, avec également ces éléments mineurs, avec ces « parasites » qui en font partie et qui appellent, comme nous l'avons vu, « l'épuration de la ligne ». Mais nous ne voulons guère nous étendre ici sur cet aspect et revenons à celui qui nous intéresse en premier lieu.

Cette façon de voir trace des limites à ce que de nos jours on nous présente sous le terme de socio-psychologie ou, dans notre domaine, de psychopathologie sociale. Il ne s'agit point, de toute évidence, de nier le rôle des facteurs sociaux, qu'ils soient favorables ou défavorables, jusqu'à pouvoir devenir dans ce dernier cas pathogènes, ni non plus mettre en doute que la forme même que prend, au cours de son évolution, la vie sociale, exerce une influence sur la façon dont l'individu prend conscience de lui-même et de sa « valeur », et se situe ainsi. Nous pensons seulement qu'attribuer au cadre social, quelle que soit sa portée par ailleurs pour le dire encore une fois, un rôle prépondérant et même unique, équivaut, en renversant le réel état de choses, à faire d'une optique partielle un principe général. Sans même parler de ce qu'ainsi les individuels facteurs biologiques et psychologiques se trouvent souvent négligés, cette position n'atteint point ce qui procède de la « profondeur » et qui demeure humainement humain. Bien sûr, la profondeur, dimension essentielle, et les troubles mentaux paraissent éloignés ; ceux-ci se réfèrent néanmoins en partie à celle-là, comme nous l'avons vu en particulier pour ce qui est de la série épileptique.

De la « profondeur » procèdent, non la religion, ni même la foi, mais le sentiment religieux pour confus qu'il soit à son origine, et le besoin de ce sentiment, de même que l'éternelle recherche que dans cette direction ils déterminent. Récuser ou accepter les religions n'est point encore « répondre » pleinement à ce sentiment, et encore moins évidemment le réduire au

silence. Sentiment religieux quant à sa forme avant tout et non quant à son contenu plus précis par lequel il prend corps. Bien sûr, dans la perspective historique, on ramènera facilement l'origine de la croyance aux dieux aux événements de la nature qui, en raison de leur violence et de la destruction qu'ils sèment, mettent l'homme en péril, le remplissent de terreur, et le font chercher appui auprès des dieux, en se livrant en même temps à des pratiques destinées à apaiser leur courroux et à gagner leurs faveurs. Evénements « surnaturels » qui dépassent l'homme et la nature, dans le déroulement calme que virtuellement elle postule. Mais « surnaturel « ne veut et ne peut point dire uniquement cela. Il procède également et simultanément de la « profondeur » et ne se réfère plus aux forces destructrices de la nature. Il se trouve là en connexion directe et intime avec le mystérieux, l'obscur, l'énigmatique et le « confus » qui, au regard de la précision et du caractère palpable de la forme socialisée de la vie, cherchent aussi une forme, sans y arriver peut-être jamais pleinement.

Dostoïevsky, écrivain polarisé sur la « profondeur », ne peut ne pas se tourner en même temps vers le sentiment religieux. Nous l'avons dit déjà. Mais, chez lui, cette tendance — et nous l'avons signalé également — est teintée de traits particuliers. Elle se traduit, entre autres, par une vision apocalyptique — qualificatif qui revient constamment à son sujet — du monde, de même que par l'idée messianique qui va de pair avec elle. (Nous ne voulons pas dire évidemment par là que ce soit en général l'unique source dont peut procéder une idée de cet ordre). Nous ne sommes pas loin de ce que nous avons dit des visions terrifiantes dans les états crépusculaires de nature épileptique. Certes, il n'y a ni état crépusculaire, ni hallucinations visuelles ; les « visions » terrifiantes demeurent pourtant, touchant de près à l'apocalypse et à la « mission » dévolue à la Russie et au peuple russe.

Dostoïevsky a été qualifié d'écrivain réaliste et il l'est incontestablement, à sa façon cependant. Berdiaeff discute cette question et s'arrête en fin de compte à la formule « réalisme mystique ». Chez Stéfan Zweig, qui choisit comme terme de comparaison les romans et la façon de travailler de Zola, il est question de réalisme fantastique ou encore de réalisme démoniaque. Curieux réalisme ! Les adjectifs ne s'accordent guère avec le substantif. Et pourtant, il y a du vrai dans ces formules ; nous ne les appliquerions pas à d'autres écrivains mystiques au

sens strict du terme. Par là s'affirme de nouveau l'originalité de Dostoïevsky, son « unique dans son genre ». C'est que sa tendance mystique, avec ce caractère singulier qui est le sien, cherche à se traduire dans le concret, dans le concret de tous les jours, — le sensoriel vit dans le concret, dans l'hyper-concret même —, par l'intermédiaire de ses personnages, mais qui deviennent ainsi davantage des porteurs de problèmes que des personnages vivants ; nous aurons encore à y revenir.

Nous avons vu plus haut que malgré l'antinomie de la profondeur et de la forme socialisée de la vie, un lien, un « compromis », une sorte de réconciliation, jamais complète il est vrai, mais non entièrement absente non plus, s'établit. C'est ce lien qui semble être mis en cause chez Dostoïevsky. La rupture paraît totale et le monde de profondeur, tout en cherchant à pénétrer dans la réalité, prend nettement le dessus. Aussi, tous ceux qui se sont penchés sur le problème Dostoïevsky n'ont eu cesse de répéter, sans s'être donné le mot évidemment, qu'il nous révèle, qu'il a découvert une autre réalité, un nouveau monde, monde de « cauchemars » ou « monde de l'apocalypse », mais *tout un monde* en tous les cas. (Nous rappelons les paroles de Troyat citées au début de cet article). Lui-même, du reste, conscient de cette contradiction, cherchait dans son œuvre une issue sa vie durant.

Et par le biais de cette rupture, de ce désaccord, trouvent leur explication les caractères saillants, la spécificité de l'œuvre de Dostoïevsky, en même temps que de son auteur. En premier lieu, sa position dans la vie (« on ne sait comment s'en servir ») en contradiction avec ce que dans ses romans il révèle. Nous nous sommes déjà expliqués suffisamment sur ce point pour avoir à y revenir. Il est certain — sans même parler de critiques franchement malveillantes — que chaque fois qu'on applique à l'œuvre de Dostoïevsky les normes, la perspective et le « langage » de la forme socialisée de la vie, on fait fausse route ; ces normes sont trop rationalisées, trop statiques et en même temps trop « contemporaines ». Elles situent l'œuvre là où elle ne peut trouver sa place. Nous avons vu déjà qu'on a fait de Raskolnikoff un nihiliste. Ainsi aussi, après la parution de « Crime et Châtiment », les étudiants suivirent la critique et ne virent dans le héros du roman qu'une charge aveugle contre la jeunesse universitaire (1). Telle n'était certainement pas l'intention de Dostoïevsky et il ne comprit point ces réactions.

(1) Henri Troyat, *loc. cit.*, page 383.

Le deuxième trait qui s'éclaire sous cet angle, c'est le *confus*, le nébuleux, le ténébreux de l'exposé. A ce point de vue, les impressions sont identiques, les avis unanimes. Nous l'avons dit déjà. Strakhov, après la parution des « Possédés », écrit une lettre enthousiaste à Dostoïevsky, lui dit que quant à la richesse et à la diversité des idées, il est incontestablement le premier écrivain de la Russie, mais il ajoute : « Pourtant, vous compliquez par trop vos œuvres. Si la texture de vos romans était plus simple, leur effet serait double. » (1). C'est encore à voir. On ne peut s'empêcher de penser, lorsqu'on cherche à approfondir l'œuvre de Dostoïevsky, que si la structure en était plus simple, cela détruirait le reste, ferait s'écrouler tout l'édifice dostoïevskien, ou du moins lui donnerait un aspect étranger, tant cette façon de présenter les choses est inhérente à sa « vision du monde » et là entièrement liée aux autres traits saillants de l'œuvre, procédant tous du « niveau » où cette œuvre prend racine.

Dostoïevsky se rend compte d'ailleurs lui-même de cette imperfection de la forme. Il en parle dans ses Mémoires et dans ses lettres.

« Chez moi, écrit-il, plusieurs romans distincts se compriment en un seul qui, de ce fait, manque d'harmonie et de mesure... La force de l'inspiration est toujours plus intense que les moyens d'exprimer... Et c'est par là que je me perds. » (Troyat).

Bien sûr, l'inspiration peine toujours pour trouver la forme adéquate ; elle y arrive pourtant, sinon entièrement, du moins plus ou moins. Il y a des écrivains, non moins inspirés que Dostoïevsky probablement, qui se sont exprimés « mieux » que lui. C'est que chez lui l'inspiration demeure là où « en profondeur » elle a pris naissance, et ne trouve ainsi, pour s'exprimer, que la forme que cette profondeur peut mettre à sa disposition, et c'est pourquoi « il s'y perd ».

En relisant « L'Idiot », en vue de cette étude, nous avons été particulièrement frappés par les passages suivants qui précèdent de peu la fin du roman ; ils nous paraissent au plus haut degré significatifs (2).

« Deux semaines s'étaient passées depuis l'épisode relaté au chapitre précédent (rupture des fiançailles avec Aglaé et décision d'épou-

(1) Henri Troyat, page 494.
(2) « L'Idiot », *loc. cit.*, pp. 624 et suivantes.

ser Nastasia Philippovna). La situation des personnages s'est modifiée dans cet intervalle à un tel point qu'il nous serait extrêmement malaisé d'aller plus loin sans entrer dans des explications particulières. Et cependant nous sentons que notre devoir est de nous borner à un simple exposé des faits et de nous abstenir, autant que possible, de ce genre d'explications. Ceci pour la raison bien simple que nous-mêmes éprouvons dans bien des cas de la peine à tirer les événements au clair.

« Pareil avertissement semblera sans doute au lecteur aussi étrange que peu intelligible : comment peut-on raconter des événements sur lesquels on ne se fait pas une idée nette ni une opinion personnelle ? Pour ne pas nous placer dans une position encore plus fausse, nous tâcherons d'éclairer notre pensée par un exemple dans l'espoir de faire comprendre au lecteur bienveillant l'embarras dans lequel nous nous trouvons, avec cet avantage que l'exemple choisi ne constituera pas une digression mais au contraire la suite directe et immédiate du récit. »

Suit la description de la façon dont s'est répandue la dernière aventure du prince sous « une tournure extravagante et tout à fait divertissante ». On parlait de l'insulte faite par un prince à une jeune fille de bonne famille, avec laquelle il était fiancé déjà, par son intention d'épouser, au su et au vu de tout le monde, en redressant la tête et en fixant les gens dans les yeux, une femme perdue. L'interprétation la plus déliée, la plus subtile et en même temps la plus plausible de l'événement, avait été mise en circulation par les commérages de certains de ces individus sérieux et raisonnables qui, dans chaque sphère de la société, découvrent toujours le moyen d'expliquer un événement aux autres et trouvent dans cet exercice « non seulement une vocation, mais souvent aussi leur consolation ». Selon cette version, le prince, pauvre d'esprit, mais démocrate et imbu du nihilisme contemporain, s'est amusé à gruger honteusement sa fiancée qu'il aimait du reste, de même que son honorable famille, cherchant, par cette rupture scandaleuse, à faire avant tout profession de nihilisme, et, par son nouveau projet, à rendre le scandale plus grand, en prétendant que la femme perdue avait à ses yeux encore plus de mérite que celle qui ne l'était pas. Cette explication parut fort plausible et fut adoptée par la plupart des gens en villégiature à Pavlovsk.

« Maintenant, si on nous demandait des éclaircissements — non pas sur l'empreinte nihiliste de l'événement, oh ! non — mais seulement sur la mesure dans laquelle le mariage projeté répondait aux

vœux du prince, sur l'objet réel des désirs de notre héros, sur son état d'âme à ce moment et sur d'autres questions du même genre, nous serions, avouons-le, fort embarrassés de répondre... Mais, dans ce cas, à quoi pensait-il ? De quoi voulait-il garder le souvenir ? Quelles étaient ses intentions ?... Nous connaissons un grand nombre de faits aussi étranges que celui-là, mais, à notre avis, loin de contribuer à éclaircir l'événement, ils ne peuvent, en s'accumulant, que l'obscurcir davantage... En exposant tous ces faits, que nous nous refusons d'expliquer, notre intention n'est nullement de blanchir notre héros aux yeux du lecteur... »

Bien sûr, nous savons comment les commérages s'emparent des faits et les déforment. Cela n'a rien de nouveau. Mais, au fond, ces interprétations, malveillantes évidemment, ne sont qu'un des écueils des appréciations portées de l'extérieur. Elles se placent sur le plan de la forme socialisée de la vie. De là, elles ne servent que de repoussoir à une autre façon de voir, à une autre appréciation. Mais de repoussoir à quoi, au fond ?

C'est maintenant qu'apparaît quelque chose de tout à fait singulier, qui ne cesse de surprendre. Certes, Dostoïevsky ne suit pas les commérages, mais ce n'est qu'un détail. On est avant tout surpris de voir l'auteur sortir tout à coup de la réserve que tout naturellement lui impose le récit. Brusquement, on le trouve lui-même sur la scène, mêlé aux personnages qui, à vrai dire, devraient seuls occuper cette scène. Et pour nous dire quoi ? Pour nous affirmer qu'il se trouve dans le plus grand embarras en présence des faits et des événements que lui-même a conçus et présentés, qu'il est perplexe, ne trouve aucune explication valable, ne voit pas les fils qui font agir ses personnages et que lui-même devrait tirer ; en bref, et en exagérant, qu'il n'y comprend rien lui-même. Mais si lui ne comprend rien, comment nous, nous y comprendrions quelque chose ? On s'y perd. A propos de Versilov de « L'Adolescent », Troyat écrit : « C'est un caractère aussi mystérieux pour l'auteur que pour le lecteur. » (1). Chez Dostoïevsky lui-même, nous trouvons du reste plus d'une fois des remarques analogues à celle que nous venons de citer. Ainsi, par exemple, dans « L'Idiot », « il nous serait malaisé de suivre le cours de ses pensées » (2).

Nous nous demandons si, en faisant le tour des belles lettres, nous trouverions encore pareille position d'un romancier à l'égard de ses propres personnages et à l'égard de lui-même en

(1) *Loc. cit.*, page 518.
(2) « L'Idiot », page 211.

même temps. Nous ne saurions répondre avec certitude à cette question ; une réponse négative nous paraît néanmoins probable. « L'unique dans son genre » réapparaît ainsi. Qui plus singulier est, c'est qu'en nous perdant ainsi, à son exemple, dans la « psychologie » dostoïevskienne, nous ne nous sentons point entièrement perdus, aussi peu que lui-même l'a été. Nous ne mettrons pas son œuvre de côté en la qualifiant de confuse et d'incompréhensible, mais, une fois la première impression surmontée, avec lui nous cherchons. C'est que vraiment c'est un « autre monde », une autre réalité.

Que toute la psychologie des personnages se ressente de ce singulier état de choses, cela va de soi. Nous y reviendrons encore tout à l'heure. Ici, polarisés sur les particularités formelles de l'œuvre, nous voudrions, dans cette perspective, en relever encore quelques traits.

Souvent, nous trouvons la phrase : « comme le dira plus tard » tel ou tel autre personnage lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des actes, des situations ou des événements, comme si, dans le présent, au moment où ils sont actuels, en raison de leur caractère embrouillé, pareille appréciation eût été à peine possible, les contours nécessaires pour cela faisant défaut.

Le second point a trait au rythme du récit. Dans « L'Idiot », dans la première partie, ce récit est extrêmement dense et rapide : on ne saurait dire le nombre d'événements et de situations qui se passent, s'accumulent d'une façon providentielle presque et se condensent au cours d'une seule journée ; ils s'entrepénètrent plus qu'ils ne se succèdent, l'entrée en scène de certains personnages frappant par sa brusquerie, par sa brutalité même, à tel point elle paraît inattendue et sortant de l'ordinaire ; involontairement, on pense à une certaine parenté avec les « hachures de Van Gogh » ; ce sont comme des « coups de hache » qui sont portés et qui tiennent le lecteur en haleine. Puis, à partir du second chapitre, nous voyons le rythme se ralentir d'une façon extrême presque. C'est là aussi que nous nous heurtons à ce que nous avons appelé des incrustations qui, vues de l'extérieur, se présentent comme des longueurs de nature à troubler la limpidité du récit. A la première impression, ça lasse. La longue lecture de la confession d'Hyppolite peut servir d'exemple. N'aurait-elle pas pu être supprimée sans dommage ? Les paroles de Dostoïevsky sur « plusieurs romans qui se compriment en un seul » reviennent à l'esprit. Gide a très bien vu ce problème.

« Il se passe à ce moment du livre, écrit-il à propos d'une scène des « Possédés », quelque chose de prodigieux qui soulève un problème d'art particulier. On va répétant qu'à partir d'un certain moment de l'action, rien ne doit plus en distraire : l'action se précipite et doit aller tout droit au but. Eh bien, c'est précisément à ce moment — celui où l'action est engagée sur la pente la plus rapide — que Dostoïevsky imagine des interruptions les plus déconcertantes. Il sent que l'attention du lecteur est à ce point tendue que tout, à ce moment, prendra une excessive importance. Il ne craindra donc pas de distraire de l'action principale par des crochets subtils, où ses pensées les plus secrètes se trouvent mises en valeur... Imparfaitement traitée, cette scène pourrait être grotesque. C'est une des plus belles du livre. » (1).

Interruptions déconcertantes, crochets, subtils il est vrai, mais crochets quand même ; on se demande si ces variations du rythme avec ces interruptions ne sont pas tant l'effet d'un artiste consommé, maître de lui-même et de « l'outil » qu'il manie, que l'expression directe du niveau particulier où prend ses origines et se situe l'œuvre de Dostoïevsky et qui le déborde.

Nous citons maintenant quelques phrases de Stéfan Zweig qui ont trait au même problème :

« Sa passion, sa fougue sont telles qu'on hésite à lui reconnaître le ton épique. Il procède par explosions. » — « Prenons le premier volume de *L'Idiot*, il a plus de 500 pages. Le destin tumultueux est déchaîné, un chaos d'âmes a passé, une multitude d'individus a pris vie... et fortuitement on constate que cet incroyable entassement d'événements s'est produit en douze heures à peine, entre midi et minuit. De même, le monde fantastique des Karamazoff est comprimé en quelques jours... Seule la tragédie d'Œdipe, où une vie entière et celles des générations passées est concentrée entre midi et le coucher du soleil nous offre ses alternances insensées, d'ascension et de chute, ses coups impitoyables du destin, et cette force purificatrice des orages de l'âme.

« On sent le destin qui creuse comme une taupe sous le flanc de la vie ; on sent la galerie qui avance jusqu'à notre cœur ; on est rongé par l'attente jusqu'à la courte seconde qui, comme la foudre, sillonne l'atmosphère accablante.

« Pour ces courtes secondes, pour ces raccourcis inouïs, il faut à Dostoïevsky une vigueur, une ampleur du récit, inconnues avant lui. Seul un art prodigieux et élémentaire, joint à la puissance mythique, peut réaliser cette intensité, cette concentration. Ici, l'ampleur n'est pas bavardage, mais de l'architecture...

(1) *Loc. cit.*, page 215.

« Tels les grands fleuves de sa patrie, tels le Dnieper et la Volga, les vagues lentes de ses romans roulent dans leurs flots les forces infinies de la vie ; leurs milliers de pages submergent parfois les frontières de l'art, entraînant avec elles beaucoup de scories, de politique et de polémique. Quand l'inspiration se ralentit, de larges bandes de sable apparaissent ; parfois le flot semble même se tarir. Péniblement, avec mille tours et retours, les événements se déroulent ; des heures durant, l'eau demeure stagnante devant un barrage de conversations oiseuses pour retrouver enfin sa profondeur initiale et le courant de la passion. A l'approche de la mer, de l'infini, surgissent ces rapides stupéfiants où l'ampleur épique du récit se mue en tourbillon, où les pages semblent fuir, où l'allure devient inquiétante, où l'âme est entraînée vers l'abîme du sentiment. On devine la proximité du gouffre ; on entend le grondement de la cataracte, vers laquelle la masse énorme se précipite écumante pour se purifier. Nous-mêmes, nous sommes emportés, bon gré mal gré, par ce torrent rapide et, l'âme brisée, nous plongeons dans l'abîme des événements.

« Cette sensation de concentration extrême... Peut-être n'a-t-il écrit ses romans que pour ces instants du paroxysme du sentiment.

« C'est là le secret de l'art de Dostoïevsky ; tous ses romans s'élèvent vers ces sommets où s'assemble l'atmosphère saturée d'électricité du sentiment et qui attire la foudre de façon immanquable... » (1).

La forme littéraire de ces pages de Stéfan Zweig mise à part, nous sommes bien tentés de rapprocher ce que dans son langage poétique il nous dit, de ce que, d'une manière plus prosaïque, nous savons du pôle adhésif et de ralentissement et du pôle explosif de la constitution épileptoïde, de même que de la stase due à ce ralentissement et de la décharge, de l'explosion auxquelles elle mène (F. Minkowska). Nous y retrouvons aussi un reflet de cette vision extraordinaire au cours de l'aura.

Et Stéfan Zweig de conclure, en rejoignant par là, quant au rôle de l'épilepsie, Berdiaeff, Gide et Troyat :

« Faut-il rappeler que ces contractions en quelques secondes de toutes les forces vitales, c'est la vie même de notre auteur, transformée en art, c'est son mal sacré ? Jamais la souffrance d'un artiste n'a été plus féconde que cette épilepsie transformée par l'art.

« La maladie l'entraîna jusqu'aux sommets de sentiments inaccessibles aux mortels vulgaires, le précipita dans des angoisses et des épouvantes généralement ignorées des vivants... Comme les oiseaux de nuit, il y voit plus clair dans les états crépusculaires que d'autres en plein jour. Il a vécu dans l'âme malade et, par suite, au sein du sérieux de la vie. » (2).

(1) *Loc. cit.*, pp. 147-152.
(2) *Loc. cit.*, pp. 156 et 157.

Nous relevons encore en passant cette phrase de « L'Idiot » (1) :

« En réalité, chacun se trouvait en présence d'un singulier phénomène : rien n'était arrivé et cependant tout se passait comme si quelque chose d'important était arrivé »,

c'est-à-dire de nouveau comme si les actions, les faits et les événements ne se référaient point seulement à la réalité telle qu'ils la font en venant s'y intégrer, mais étaient sous-tendus par quelque chose d'autre, différent d'eux, de nature plus dynamique de surcroît, situé en dehors d'eux et venant ainsi comme briser la chaîne qu'entre eux ils sont appelés à former.

Enfin, dans ce contexte, nous aimerions mentionner encore la place que « l'expression », au sens courant du terme, occupe dans « L'Idiot ». Le ton de la voix, la mimique, le geste reviennent à chaque pas presque, foisonnent littéralement, paraissent de ce fait souvent inutiles, inadéquats même parfois, de sorte qu'on a l'impression d'une surcharge dont on pourrait se passer. Il se peut qu'il y ait là également un lien avec le « concret » du sensoriel, en particulier aussi avec le besoin de mimer dans le Rorschach, accompagner du geste ce qu'il dit.

Mais c'est surtout le « climat » particulier dans lequel plongent tous les personnages du roman, qui semble maintenant trouver son explication. Nous avons vu déjà avec quelle prédilection Dostoïevsky faisait entrer en jeu les épileptiques dans ses romans. Nous rappelons les paroles de Gide (2). Mais laissons la parole à un homme du métier, au docteur Henri Ey. Voilà ce qu'il écrit dans ses « Etudes psychiatriques », dans le chapitre consacré à l'épilepsie (3) :

« Ce ne sont pas seulement le prince Mouchkine, Ivan Karamazoff, Smerdiakoff, etc., qui sont des épileptiques ; ce sont *tous* les personnages, *toutes* les situations chaotiques dans lesquelles se débattent ses héros prolixes, insatiables et déchaînés, en proie aux plus ardentes agitations des instincts, aux extases, aux ivresses, aux débauches effrénées, aux sentiments les plus contradictoires et les plus bouleversants, aux plus tragiques tortures de l'angoisse ; ce sont tous ces personnages, secoués de pulsations vitales les plus profondes et désordonnées, qui sont « épileptiques », comme est « épileptique » le monde imaginaire du réel épileptique qu'était Dostoïevsky. »

(1) *Loc. cit.*, page 553.
(2) Voir pages 23-24.
(3) H. Ey. — *Etudes psychiatriques*, tome III, Desclée de Brouwer, 1955, page 616.

Ce climat ressort tout particulièrement en relief dans « L'Idiot », le personnage central, autour duquel gravitent les autres, étant un épileptique.

A cet endroit, nous devrions nous poser encore la question de savoir si cet élément épileptique, le climat et la vision du monde qui en procèdent, ne s'accentuent point au fur et à mesure que les crises deviennent plus fréquentes et que la « maladie » progresse. Cela nous paraît probable, mais demanderait évidemment une analyse plus approfondie, fondée sur une confrontation des œuvres de Dostoïevsky dans leur ordre chronologique. C'est que si Dostoïevsky se retrouve d'un bout à l'autre de son œuvre, il se peut que le climat s'affirme progressivement de plus en plus.

On comprend et excuse ceux qui ont parlé à propos de certains romans de Dostoïevsky d'un « asile d'aliénés », on comprend pourquoi M. de Voguë présente « L'Idiot » au public comme une sorte de roman clinique, en en recommandant la lecture aux médecins, aux physiologistes et aux philosophes, mais non aux lettrés.

Ce n'est pourtant pas à cela que se ramène la portée de l'œuvre de Dostoïevsky. Mais, pour s'approcher de cette portée, il ne sert de rien non plus de mettre trop en relief, avec trop de précision, la psychologie de ses personnages qui plongent justement dans ce climat « chaotique » ; c'est leur faire violence en voulant les faire entrer dans le cadre de la psychologie courante et du « langage », dont elle se sert aussi bien dans la vie journalière que dans les romans. C'est aussi probablement trahir les desseins de l'auteur, tributaire de sa vision du monde. Il faut s'efforcer de voir les choses comme elles sont et comme, selon toute probabilité, l'auteur les a vues.

C'est pourquoi aussi les romans de Dostoïevsky ne sauraient être qualifiés de « psychologiques » comme cela a été fait. Singulière psychologie, en vérité, puisque jusqu'au dernier moment on se demande qu'est donc le prince, que veut-il, que fait-il, que cherche-t-il, quels sont les motifs qui le guident dans ses actions, si action il y a ; nous rappelons les paroles de Troyat citées tout au début de ce mémoire. Nous pourrions d'ailleurs en dire tout autant des autres personnages. C'est à peine si on arrive à les suivre sur le plan psychologique habituel. Ils nous échappent. Comme pantelants, on a parfois l'impression qu'ils ne s'atteignent point, ne se comprennent pas non plus les uns les autres, agissent et réagissent quelque peu dans le vide. Nous revenons ainsi à ce que nous disions de l'erreur consistant en la

mise en relief excessive de leur profil psychologique, et, par conséquent, à la prédominance du climat dans lequel ils baignent.

« Le plus grave, écrit Zarine (à propos de Humiliés et Offensés), c'est qu'on n'y trouve rien de solide sur quoi s'appuyer. On entend que quelqu'un gémit à propos de quelque chose, mais qui ? Et à propos de quoi ?... » (1).

Critique sévère, mais dans laquelle il y a quand même quelque chose de vrai si on applique les normes psychologiques habituelles. Mais c'est justement ce qui passe probablement à côté de l'essentiel. Centrés sur « l'humain », sur l'éternel humain, les personnages de Dostoïevsky y perdent leurs contours précis. Davantage porteurs de problèmes que personnages vivants, le tout dominé en premier lieu par le mouvement d'élévation et de chute, du bien et du mal.

« Ce sont des êtres comme vous et moi, écrit Troyat, mais pris avant l'action, avant la parole... Dostoïevsky a fait agir ses héros comme on n'agit et comme on ne parle qu'en pensée. »

Et plus loin nous lisons :

« Certes, au premier abord, nous n'avons rien de commun avec ces êtres déconcertants et, cependant, ils nous attirent comme du fond d'un abîme. Nous ne les avons jamais rencontrés, mais ils nous sont mystérieusement familiers. Nous les comprenons. Nous les aimons. Enfin, nous nous reconnaissons en eux. » (2).

« Ce récit prolixe, mal équilibré, haletant, se poursuit dans une atmosphère de mauvais rêve... A chaque pas, l'invraisemblable côtoie le « détail vécu ». A chaque pas, est sensible l'effort d'un auteur emporté par la pensée qui s'efforce de ne pas perdre pied » (à propos de l'Idiot) (3).

Suivent les paroles de Dostoïevsky :

« Ce que la plupart des gens appellent fantastique et exceptionnel, c'est pour moi la réalité la plus profonde ; ce n'est pas au roman que je tiens essentiellement, mais à l'idée » (extrait d'une lettre à Strakhow).

(1) Henri Troyat, *loc. cit.*, page 309.
(2) *Ibid.*, pages 348 et 380.
(3) *Ibid.*, page 451.

C'est pour cette raison aussi que Berdiaeff, en écartant le qualificatif « psychologique », donne la préférence au terme de « pneumologie » (esprit), et c'est à cette pneumologie dostoïevskienne, vue peut-être quelque peu sous son propre angle, qu'il consacre presque tout son livre.

Gide écrira, il est vrai, que Dostoïevsky lui a enseigné la psychologie. Mais, il faut bien le dire, le terme même de « psychologie » est peu précis, employé dans divers sens. En tous les cas, chez Dostoïevsky, c'est une singulière psychologie, et nous réserverions de préférence le terme en question à des romans où la psychologie des personnages, limitée à chacun d'eux, à leur façon d'être, de sentir, d'agir et de réagir, ressort davantage en relief, n'est submergée ni par le climat, ni par les problèmes dont il est le porteur. Nous rappelons à ce propos les paroles de Gide citées plus haut. Du reste, il insistera lui-même par ailleurs sur cette intrication particulière des personnages et des idées.

Les uns et les autres y perdent de leur précision, de sorte qu'on « s'y perd » soi-même parfois. Mais se perdre, n'est-ce point la meilleure et l'unique voie pour s'efforcer de se retrouver ? Et quels que soient les termes employés, tous plus ou moins insuffisants au regard de « l'unique dans son genre », car faits pour d'autres fins, c'est dans cette circonstance probablement que réside l'attrait de l'œuvre de Dostoïevsky.

(1) *Loc. cit.*, page 122.

MANIFESTATIONS RÉACTIONNELLES DE LA PERSONNALITÉ ET MANIFESTATIONS SOMATIQUES PATHOLOGIQUES

Etude clinique, bio-chimique et anatomo-pathologique *

PAR

P. CHATAGNON, M^lle^ C. CHATAGNON, L. S. GRIMBERG et L. PILON

Les causes de la mort sont souvent multiples, et la part respective de chacune de ces causes est parfois difficile à établir dans le complexe pathologique. C'est dire que le diagnostic est souvent des plus délicats à préciser, même lorsque le clinicien a pu suivre, en s'entourant des données fournies par les examens de laboratoire, le cours des phénomènes morbides terminaux. L'étiquette fournie aux services de statistique, bien que toujours très étudiée, est, pour les raisons que nous venons d'évoquer, souvent incomplète.

Parmi le faisceau des causes déterminantes concourant à l'éclosion, à l'évolution, à la complication ou à l'aggravation de tel ou tel processus somatique pathologique, il est des causes auxquelles on n'attribue pas l'importance qu'elles mériteraient parce qu'elles sont d'ordre psychologique ou psycho-pathologique. Certes, un puissant courant d'attention s'est manifesté depuis quelques décades en faveur de l'intégration toujours plus intime de la personnalité psychologique et de ses réactions aux manifestations ou aux réactions somatiques, renouant ainsi avec la médecine psycho-somatique en honneur dès la plus haute antiquité.

(*) Laboratoire central de biologie et de biologie nerveuse de Maison-Blanche, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). Avec l'aide de la C.N.S.S. et de l'Institut national d'hygiène (Directeur : M. le professeur L. Bugnard).

Nous avons le privilège dans nos services de psychiatrie de pouvoir observer dans sa plus parfaite plénitude cette étroite union des faits « somatiques » et « psychiques », et de pouvoir parfois faire le bilan approché des deux apports dans le phénomène pathologique résultant. L'accumulation de sujets d'âge avancé dans nos services, conséquence de conditions sociales prévisibles, nous fournit un champ d'expérience d'une grande richesse puisqu'il nous permet d'embrasser l'évolution de l'être humain au cours de toutes les phases de sa vie et de pouvoir ainsi situer avec le maximum de précision le point de départ et la durée des événements pathologiques, en même temps que leur nature et leurs caractéristiques. L'exemple, ci-dessous rapporté, d'une femme de 75 ans, entrée à l'hôpital psychiatrique pour un état d'exaltation psycho-motrice de type hypomaniaque, dominé par les manifestations d'un caractère farouchement autoritaire, intransigeant, au point d'aller jusqu'à un négativisme actif, accompagné de signes de déficience mnésique, ainsi que de manifestations de restrictions alimentaires auto-imposées volontairement dans le but de conjurer les sensations subjectives ressenties par suite des troubles liés à une néphrite chronique albuminurique, illustrera à la fois et l'importance de la personnalité sur le retentissement somatique et la complexité souvent beaucoup plus grande qu'on ne l'imagine des troubles morbides entraînant la mort.

Observation. — Le 9 juin 1954 entrait à l'hôpital de Maison-Blanche Mme Veuve G. A., âgée de 75 ans, à la requête de la maison de retraite où elle était pensionnaire et où elle ne pouvait être gardée en raison de son comportement difficile. Elle avait été admise à la maison de retraite à la demande de son fils qui, retenu par ses occupations professionnelles à Paris, ne pouvait donner asile à sa mère en raison de l'exiguïté de son logement, et aussi de l'incompatibilité des caractères entre sa femme et sa mère et de l'opposition violente que n'eût pas manqué de manifester Mme G. A. si on lui eût imposé une telle transplantation. En effet, Mme G. A. avait jusqu'à ces derniers mois vécu farouchement solitaire depuis la mort de son mari, dans le pavillon de banlieue qu'elle possédait et avait acquis par un labeur acharné de toute une vie. D'origine savoyarde, elle montra dès l'enfance un caractère d'acier, une volonté inflexible, un tempérament insensible à la peine et ardent au travail, une nature d'une superbe indépendance, mais ombrageuse, opiniâtre, obstinée, d'une seule pièce. Au premier contact, on est d'emblée frappé par son intransigeance absolue, par l'assurance et la rigidité de ses affirmations, par sa volonté autoritaire et sans appel. Elle ne se prête à aucun examen, refuse de répon-

dre aux questions les plus banales comme aux appels les plus cordiaux. « Fichez-moi la paix, je ne vous connais pas. J'ai été examinée par des psychiatres, ils disent que je suis folle. » Et son regard, son attitude et son sourire narquois semblent dire : la folie n'est pas là où l'on pense.

Lorsque nous l'examinons, deux symptômes sont dominants : c'est tout d'abord l'état d'exaltation négativiste et de type hypomaniaque et sa traduction verbale en propositions tranchées et en affirmations définitives et d'autre part des manifestations de déficit psychique surtout mnésique qu'une fabulation assez pauvre compense mal et qui contribue à alimenter les irritations que le caractère intransigeant ne peut dominer ou freiner. Ces deux pièces maîtresses du tableau clinique : les troubles du caractère d'une personnalité volontaire et les signes discrets d'un affaiblissement psychique au début, nous avons pu les préciser les jours suivants, car l'hostilité irréductible du début céda partiellement par le transfert de sa confiance sur nous. Nous avons alors appris qu'elle eut une vie très pénible, travaillant dur pour éviter les privations, se repliant sur soi pour épargner et élever son fils unique après la mort de son mari, mais qu'elle manifesta toujours un caractère irritable et peu commode. Depuis le mariage de son fils, elle vivait seule, dans le petit pavillon entouré d'un jardin qu'elle cultivait elle-même et qui lui donnait une récolte de légumes potagers suffisante pour ses besoins. Mais, avec l'âge, l'affaiblissement de l'activité et surtout le fléchissement des fonctions mnésiques contribuait à rendre plus fréquentes et plus soudaines les montées coléreuses et les intransigeances du caractère. Le déficit psychique se marque surtout par la perte de la mémoire des faits récents, les souvenirs anciens disparaissent aussi à leur tour, elle ne se souvient, ni de la date de sa naissance, ni de celle de son mariage. Toutefois, le jugement reste satisfaisant, l'association des idées demeure rigoureuse, mais on observe une fatigabilité nette. Elle compense par une logorrhée abondante, et qui se veut explicative, les déficiences de mémoire confusément perçues, ce qui lui permet de se parer de tous les attributs d'un équilibre psychique total.

L'examen physique a été effectué avec difficulté tant l'opposition est grande ; il ne décèle toutefois que : 1° des ecchymoses au niveau des jambes, reliquats d'une chute par perte de connaissance, chute survenue les jours précédents alors qu'elle sortait du cabinet dentaire où elle avait subi, après anesthésie locale, une avulsion dentaire ; 2° une tachycardie à 120, que nous mettons sur le compte de l'émotivité, une tension artérielle à 17/10. Il n'y a aucun signe neurologique digne d'être noté, les voies digestives sont normales. Il n'y a pas de cicatrice opératoire sur le corps. Nous sommes frappés par le fait qu'elle se soumet rigoureusement à une restriction alimentaire sous le prétexte qu'elle suivait chez elle un régime strict sans sel, constitué de légumes verts. Vient-on à lui donner des rations alimentaires

non salées et constituées des dits légumes verts, elle n'en absorbe qu'une quantité réduite prétextant qu'ils sont mal préparés. Si on prépare alors selon ses indications les dits mets, l'absorption est toujours parcimonieuse, pourquoi ? C'est parce que les légumes ne valent pas ceux qu'elle récolte, qu'elle n'a pas besoin de ceux des autres et qu'il serait préférable qu'elle rentre chez elle. Pressée de questions afin qu'elle nous donne les raisons de son faible appétit, elle répond alors : Ça ne descendrait pas. Cependant, à l'observation, on ne peut constater de troubles de la déglutition, ni de régurgitations pouvant dénoter un obstacle sur la portion œsophagienne du tractus digestif. L'exploration à la sonde œsophagienne ne décèle aucun obstacle. On n'observe pas non plus de signe de compression médiastinale. Pas de circulation veineuse thoracique. Pas de matité thoracique anormale. L'auscultation pulmonaire fait entendre un murmure vésiculaire normal et la tachycardie régulière et persistante est mise au compte, comme nous l'avons dit, de l'hyperémotivité et de la colère contenue, comme le petit signe fonctionnel « ça ne descendrait pas » est imputé par nous au négativisme caractériel, et interprété comme la volonté arrêtée de ne pas s'alimenter dans le but d'obtenir de son fils sa sortie de l'hôpital. Cependant, ayant réussi à capter la confiance de Mme G. A. et à canaliser son affectivité, les impulsions caractérielles coléreuses et l'opposition cédèrent peu à peu. Elle s'acclimata à la vie hospitalière, des attitudes plus conciliantes se manifestèrent, les décharges émotives disparurent, une présentation euphorique, souriante, fit place à la rigidité impérative des premiers jours, mais le caractère autoritaire n'était que voilé. L'amélioration du comportement fut cependant telle que nous avions envisagé la possibilité d'une sortie. Celle-ci ne put avoir lieu, car, par suite des restrictions alimentaires volontaires, et qui avaient ramené le poids de 46 kilos en juin 1954 à 35 kilos en septembre 1954, les états physique et psychique s'effondrèrent soudainement.

Le 5 septembre 1954, Mme G. A. est prise soudainement d'un accès de dyspnée *sine materia* tandis que la température monte à 38°. On ne décèle à l'auscultation aucune localisation pulmonaire.

L'examen radiologique thoracique a été pratiqué le 6 septembre (Dr Lanote) ; notons qu'il avait été impossible, par suite de l'opposition de Mme G. A., de pratiquer jusqu'alors chez elle les examens que nous aurions désiré faire. L'image radiologique de face révèle une ombre anormale saillante au niveau de la portion ascendante de la crosse de l'aorte à droite (l'état comateux de la malade ne nous permit pas de compléter l'exploration radiologique du médiastin. Cette saillie anormale au niveau de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, jointe à la constatation de la tachycardie et à l'affirmation par Mme G. A., lorsque nous l'invitions à s'alimenter, que « ça ne descendrait pas », imposa à notre esprit l'existence d'un syndrome tumoral médiastinal que, en raison d'une formule sanguine anormale, nous

attribuâmes à un processus médiastinal ganglionnaire plutôt qu'à un anévrysme de l'aorte ou à un cancer de l'œsophage.

La vive opposition à tout *examen* et à toute prise *biologique* ne nous avait permis, jusqu'à cette date, que de préciser, le 16 juin 1954, l'existence d'une protéinurie (albumine vraie et muco-protéine) à l'état de traces, l'absence de glycosurie et d'acétonurie ; une glycémie normale à 0,95 gr. ‰ ; une urée sanguine à 0,48 ‰ ; une augmentation de la vitesse de sédimentation = 17 mm., 33 mm., 102 mm. ; une anémie à 2.940.000 globules rouges et 5.800 globules blancs. La formule leucocytaire : polynucléaires neutrophiles, 71 ; éosinophiles, 1 ; lymphocytes, 27, et monocytes, 1, révèle donc une polynucléose neutrophile nette ; nous sommes bien en présence d'une leucose, dont nous n'avons pu préciser la nature, étant alors dans l'impossibilité, par suite de l'opposition et des réactions coléreuses du sujet, de pratiquer les examens complémentaires. Sur les lames de prélèvement, nous n'avons pu constater d'éléments cytologiques anormaux. Le temps de saignement était de 2,30 à 3 minutes, le temps de coagulation de 7 minutes.

Le lendemain de l'état de malaise avec brusque dyspnée *sine materia* et tachycardie, ainsi que les jours suivants, des examens sur les urines et le sang ont pu être pratiqués ; ils nous ont révélé :

6 septembre 1954 : sang : cholestérol total, 2 gr. 42 ; cholestérol estérifié, 1 gr. 01 ; rapport T/E = 0,41 ; urée, 0 gr. 55 ‰ ; urines : albumine, 0 gr. 33 par 24 heures, 1 gr. 32 ‰ ; urée urinaire : 3 gr. 28 par 24 heures, 13 gr. 95 ‰ ; chlorures urinaires : 1 gr. 72 par 24 heures, 4 gr. 91 ‰.

7 septembre 1954 : sang : urée, 0,50 ‰ ; chlore, sérum, 3 gr. 44 ; chlore globulaire, 2 gr. 48 ; urines : albumine, 0 gr. 24 par 24 heures, 0 gr. 99 ‰ ; chlorures urinaires : 0 gr. 70 par 24 heures, 2 gr. 80 ‰.

8 septembre 1954 : protéinurie, 0 gr. 42 pour 24 heures, 1 gr. 32 ‰.

11 septembre 1954 : sang : urée, 1 gr. 05 ‰ ; protéinurie, 0 gr. 25 par 24 heures, 1 gr. 32 ‰ ; acétonurie +.

12 septembre 1954 : sang, urée, 1 gr. 75 ‰.

Ces chiffres permettent de suivre les phénomènes terminaux de l'évolution d'une insuffisante élimination urinaire, tant des composés azotés que minéraux et l'urémie croissante chez ce sujet ayant présenté une fonte pondérale rapide et qui, cependant, ne manifesta qu'aux derniers jours de l'acétonurie.

Nous avons pu vérifier le caractère positif du test de l'acide neuraminique dans les urines.

Les chiffres trouvés ont été les suivants :

Le 6 septembre 1954 : protéinurie (en gr. pour 1.000 cm^3), 1,32 ; acide neuraminique (en mgr. pour 100 cm^3), 14,75.

Le 7 septembre 1954 : protéinurie, 1,10 ; acide neuraminique, 20,5.

Le 8 septembre 1954 : protéinurie, 1,32 ; acide neuraminique, 23,5.
Le 9 septembre 1954 : protéinurie, 0,33 ; acide neuraminique, 11.
Le 10 septembre 1954 : protéinurie, 1,32 ; acide neuraminique, 35.

Ces résultats nous prouvent qu'il y a une concordance certaine entre protéinurie et neuraminicurie, comme l'a établi C. Chatagnon (1), et même dans ce cas, où la protéinurie est faible, le test de l'acide neuraminique est sensible et constant. Nous avons là un nouveau signe qui peut être précieux, parce que précis dans l'exploration des déficiences du fonctionnement rénal.

L'étude par électrophorèse sur papier des urines et du sérum a permis de reconnaître :

a) pour les urines : seule a été identifiée la tache d'albumine et de globuline α_1 ;

b) pour le sérum : augmentation légère des α_1, α_2, et très légère diminution des β.

Légère diminution de l'albumine, diminution plus marquée des β_2 et α-globulines.

Les glyco-protéines présentent donc une augmentation compensant la diminution de l'albumine.

Ces déterminations ont été faites sur six échantillons et sont concordantes ; la valeur totale des protéines à la période terminale de l'affection en cause est donc légèrement amoindrie.

La vitesse de sédimentation est augmentée. Ces deux faits : augmentation des fractions de globulines α_1 et α_2 aux dépens des albumines et augmentation de la vitesse de sédimentation sont en faveur des réactions-types des tumeurs malignes (les réactions de Takata, à la céphaline, au thymol et au cadmium n'ont pas été réalisées).

Les caractères de l'électrophorèse, bien que pathologiques, restant relativement discrets, ne pouvaient permettre à eux seuls d'entraîner la conviction sur la nature de la masse tumorale médiastinale mise en évidence par l'examen roentgénologique ; ils permettaient seulement d'orienter un diagnostic étiologique possible.

La mort survint le 13 septembre 1954, après six jours d'état subcomateux en pleine obnubilation psychique.

L'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE pratiqué le 15 septembre 1954 allait nous permettre d'identifier la vraie nature de la tumeur médiastinale, que nous avions mise au compte d'une tuberculose ganglionnaire et qui, en réalité, relevait d'un processus malin de lymphosarcomatose. La limitation du temps, qui nous fut imposée pour l'autopsie, ne nous permit pas la vérification de l'état des centres nerveux.

(1) C. CHATAGNON et P. CHATAGNON. — Acide neuraminique et protéinuries. *C.R. Soc. biol.*, 1954, 148, 1765.

C. CHATAGNON et P. CHATAGNON. — Le test de l'acide neuraminique dans les néphropathies albuminuriques. *Annales de biologie clinique*, 1955, n^{os} 1 et 2.

A) Examen macroscopique. — Amaigrissement généralisé. Les téguments sont normaux, il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. Ballonnement abdominal léger avec tache verte dans la région para-ombilicale gauche, petit papillome pigmenté de 4-5 mm. de diamètre. Pas de cicatrice opératoire sur les téguments de l'abdomen. On n'observe pas de tuméfactions dans les zones ganglionnaires des régions sous-maxillaires, cervicales, du creux axillaire, ni de l'aîne.

Région cervicale : le corps thyroïde extrait présente un aspect et un volume normaux, les lobes et l'isthme sont de consistance normale et la coupe n'offre aucune anomalie. Les parathyroïdes ont été retrouvées normales.

Thorax : l'éviscération totale n'a présenté aucune difficulté ; les plèvres pariétales et les poumons sont d'aspect et de consistance normaux. Il n'y a pas de cicatrices à l'apex et on note un certain degré d'anthracose pulmonaire.

L'œsophage est perméable et normal sur toute sa hauteur, du pharynx au cardia. Les X ont pu être suivis sur tout leur trajet thoracique.

Le médiastin antérieur et supérieur est occupé par une masse tumorale faisant corps avec le pédicule vasculaire et le débordant à droite et à gauche. L'adhérence est forte aux parois du pédicule vasculaire et la masse ne peut être décollée des vaisseaux ; elle repose en bas sur la bronche droite, enserre la terminaison de la trachée, s'élève sur 4 cm. environ de long du bord droit de la première portion de la crosse de l'aorte, déborde derrière le pédicule vasculaire le bord gauche de l'artère pulmonaire et correspond au contour de l'orthodiagramme. La masse tumorale est bosselée ; sa partie la plus volumineuse, grosse comme un œuf de poule, est à la portion droite du médiastin supérieur. Elle semble s'être développée aux dépens des ganglions trachéo-bronchiques. Sa consistance est dure, elle crie sous le couteau et a un aspect lardacé à la coupe ; au centre de la masse tumorale, les tissus sont ramollis, nécrosés et anthracosiques à la périphérie. La masse tumorale, développée aux dépens des ganglions sus-trachéo-bronchiques gauches, est moins volumineuse (œuf de pigeon), ses caractères sont les mêmes que ceux de la masse droite. Les ganglions inter-trachéo-bronchiques sont peu développés, et le médiastin inférieur est libre. Les nerfs phréniques peuvent être suivis sur la plus grande partie du péricarde.

Le péricarde est normal, sans adhérences, et à l'ouverture laisse écouler 20 cm^3 de liquide citrin.

Le cœur a un volume normal, tant pour le cœur droit que pour le cœur gauche. Le myocarde est d'aspect normal, il n'y a pas d'hypertrophie ; l'endocarde est également normal. Pas de lésion des valvules aortiques ni de l'orifice des coronaires.

Abdomen : l'estomac, le duodénum, le jéjunum et l'iléon sont normaux, mais il y a une légère congestion des vaisseaux. Le côlon droit

et le côlon gauche sont distendus (phénomènes infection *post-mortem*). Le pancréas est de volume normal mais on note une congestion vasculaire généralisée s'accompagnant de petites suffusions sanguines, plus marquées au niveau du corps et de la queue.

La rate est petite mais d'aspect et de consistance normaux.

Le foie, la vésicule et les voies biliaires ne donnent lieu à aucune remarque.

Les surrénales droite et gauche ont un volume, un aspect, une consistance normale.

La décapsulation des reins est difficile : le rein droit est de volume normal, mais présente une atrophie corticale manifeste et de multiples petits kystes. Le rein gauche est plus petit, et présente les mêmes caractères macroscopiques que le droit.

Les bassinets, les uretères et la vessie sont normaux.

Malgré l'absence de cicatrice abdominale, on constate l'absence des organes génitaux : ovaires, trompes, utérus (hystérectomie sub-totale par voie basse ?). De fait, la cavité vaginale est réduite et inhabitée.

L'aorte abdominale présente quelques plages chamois, mais pas d'athérome à sa portion terminale.

La veine cave et la veine porte ne présentent aucune particularité.

Au total, l'examen macroscopique nous révèle : 1) l'existence d'une tumeur médiastinale développée aux dépens des ganglions sus et latéro-bronchiques droits et gauches ; 2) l'existence de lésions de néphrite chronique atrophique.

Examen microscopique. — L'étude histologique révèle : 1° que nous avons affaire à une tumeur lymphosarcomateuse, tumeur maligne de forme globuleuse encore au stade circonscrit, mais qui déjà présentait des infiltrations ou au moins des adhérences fermes au tissu bronchique et aux parois des gros vaisseaux du pédicule cardiaque. La tumeur est faite de deux sortes d'éléments cellulaires, les uns rappelant des lymphocytes, les autres typiquement semblables au sarcome fuso-cellulaire (sarcome fasciculé des auteurs anciens), fait de cellules allongées, fusiformes, très serrées les unes contre les autres. Le protoplasme est de volume moyen, car il s'agit d'un sarcome à petites cellules fusiformes, le noyau est unique ou multiple, ovoïde. Le groupement des éléments se fait par faisceaux, s'orientant autour des vaisseaux néoformés, donnant l'aspect de tourbillon de cellules sarcomateuses (fig. 3). De plus, le réticulum fibrillaire est très développé, comme le décèle le van Gieson.

L'examen des coupes des viscères, des endocrines et des ganglions autres que médiastinaux ne nous a pas montré de métastases.

2° Au niveau du rein, l'aspect histopathologique est celui de la néphrite scléreuse, avec kystes du volume d'une petite noisette remplis de liquide séreux. Ces kystes sont tapissés d'un épithélium cubique aplati ; autour du kyste, le tissu conjonctif forme une coque nette. Des plages de tissu relativement sain alternent avec des zones de sclé-

rose glomérulaire hyaline et d'altération vasculaire. Les tubes rénaux du voisinage entrent en régression et se présentent à des stades différents.

Trois données essentielles résultent des constatations anatomo-pathologiques :

1) une donnée négative : l'absence d'ectasie aortique et l'intégrité de l'œsophage thoracique ;

2) deux données positives : *a*) l'existence d'une tumeur médiastinale, à point de départ ganglionnaire, qui donnait l'image radiologique anormale et était la cause de la sensation subjective d'arrêt ou de difficulté du transit du bol alimentaire, cette tumeur médiastinale se révélant être, non une tuberculose ganglionnaire, mais bien un lymphosarcome ; *b*) l'existence de lésions de néphrite chronique de longue évolution.

Cette observation anatomo-clinique est riche d'enseignements.

Que pouvons-nous en effet retirer du déroulement de la longue existence de cette personnalité forte et des circonstances physio-pathologiques qui ont entraîné la mort ? Certes, ce cas paraît, à première vue, banal, tant du point de vue psycho-pathologique que somato-pathologique ; c'est en cela même qu'il nous semble d'un grand intérêt, parce qu'il nous permettra de démontrer que la banalité n'est qu'apparente et que celle-ci nous cache souvent beaucoup d'inconnues.

Les enseignements que nous pouvons retirer de cette étude attentive étant de nature diverse, nous les envisagerons successivement.

1° *Le point de vue psychologique et psycho-pathologique.* — L'exemple que nous avons rapporté nous prouve que la personnalité, caractérisée dès le premier âge, se retrouve intacte au crépuscule de la vie.

Mme G. A. est née dans une famille d'humbles travailleurs vivant au milieu d'une nature sauvage en un pays de rude montagne. Elle a été élevée dans un esprit religieux et dans le travail et elle a conservé tout au long de sa vie le culte de l'honnêteté scrupuleuse, du travail et de l'économie. Elle a été dotée d'un esprit critique vif, primesautier, mais aussi d'un caractère intransigeant, autoritaire, impérieux, entier et tout d'une pièce, qu'elle conservera tel jusqu'à ses derniers moments. Elle a des idées très précises sur la façon de vivre, elle les applique chaque jour. Elle cultive elle-même son jardin potager pour récolter « de bons légumes » qui lui sont nécessaires pour l'établisse-

ment du régime alimentaire qu'elle a adopté depuis de longues années, en raison des signes d'insuffisance rénale dont son médecin a pu lui faire admettre l'existence. Car Mme G. A. dit elle-même, avec une pointe de scepticisme ironique, qu'elle se laisse difficilement influencer par les médecins et qu'elle n'écoute des conseils médicaux que ce qu'elle juge elle-même opportun (elle doit avoir si souvent raison !). C'est ainsi qu'elle a réduit ses prises alimentaires depuis des années et qu'elle continuera devant nous à réduire ses repas au point d'arriver à un état de cachexie qui conditionnera la soudaineté de la défaillance terminale. Nous pouvons donc bien affirmer que le caractère, rigide, autoritaire, intransigeant, absolu, commande et l'aspect social de la façon de vivre de Mme G. A., et, par le régime diététique qu'elle s'impose : son mode de réaction somatique.

Les réactions de « négativisme caractériel » qui donnent une allure propre aux manifestations psycho-pathologiques observées sont identiques aux différentes étapes de l'existence de Mme G. A. En effet, alors qu'elle avait 47 ans, l'apparition d'un état paroxystique anxieux (peut-être de nature cyclothyme) a motivé une hospitalisation de quarante-cinq jours. Le certificat de M. le D[r] Mignot précisait : « ...Mme G. A. va, vient dans la pièce, ne répond à aucune de nos questions, semble ne pas voir ce qui se passe autour d'elle, pousse des soupirs continuels, tortille ses cheveux, les arrache, met une opposition invincible à tout examen organique et lutte désespérément dès qu'il s'agit de la déplacer. Le négativisme est tel que la malade est couverte de sueurs et présente une dyspnée d'effort. Depuis trois jours : insomnie, sitiophobie, agitation motrice et désordre des actes... » Les manifestations d'opposition ne durèrent que quelques jours. Nous remarquons donc, à 28 ans d'intervalle, une similitude frappante de la présentation clinique. A 47 ans et à 75 ans, le tableau clinique est le même, et semblable est l'évolution rapide des réactions du caractère vers le retour à l'équilibre. Peut-être les manifestations coléreuses étaient-elles plus vives à l'adolescence et à l'âge mûr, peut-être s'est-il ajouté lors de l'épisode dont nous venons d'être les témoins des symptômes liés au fléchissement psychique de la sénescence, marqués surtout par un déficit des fonctions mnésiques, mais le fond de pulsion à type cyclothyme chez une personne à caractère intransigeant et autoritaire reste le même sur tout l'éventail de l'existence. Nous n'avons pas pu nous convaincre de la possibilité d'éléments paranoïaques que nous avons éliminés.

La conclusion qui s'impose devant de tels faits est que les

potentialités somato-psychiques dont l'être humain est le porteur se retrouvent identiques tout au cours de son existence et que les modifications légères que peuvent exercer et le milieu et le genre de vie, ou l'action dite thérapeutique, n'ont qu'une action secondaire de surface.

2° *Du point de vue biologique et anatomo-pathologique.* — Cette observation est également riche d'enseignement.

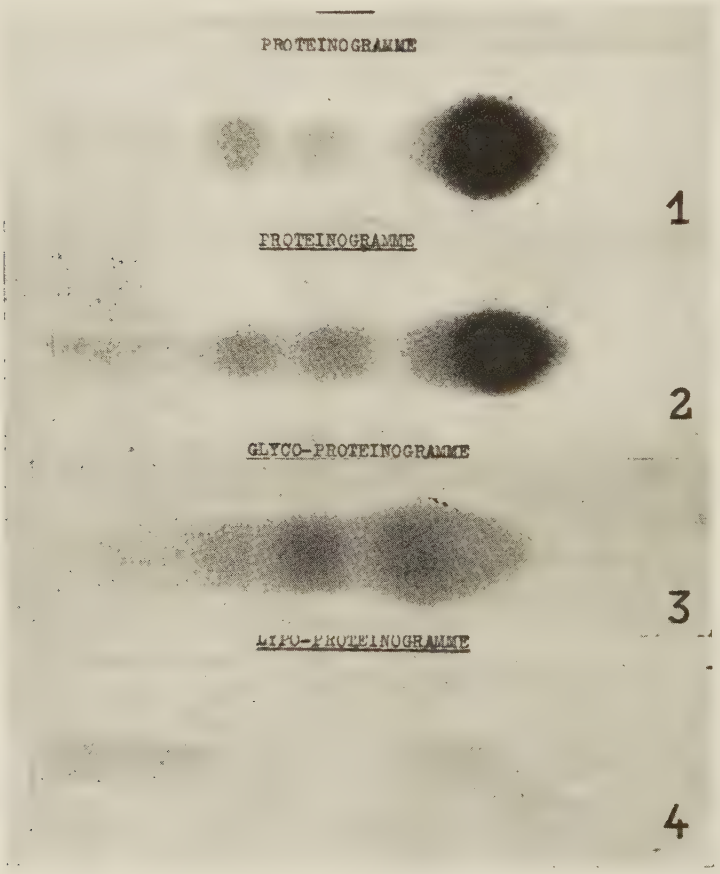


FIG. 1. — Electrophorèse du sérum sanguin de Mme G. A. (10-9-1954). 1. Protéinogramme du sérum sanguin du témoin. 2. Protéinogramme de Mme G. A. révélant une diminution de la fraction albumine, une augmentation des α_1, β_1-globulines, une diminution des β_2 et γ-globulines. 3. Glyco-protéinogrammes. Il confirme les constatations ci-dessus (augmentation des fractions glyco-protéiques). 4. Lipo-protéinogrammes. Deux taches très marquées.

a) De fait, l'urémie terminale de marche rapide a clos la période cachectique créée par l'inanition en partie volontaire et aggravée par le processus néphropathique de longue évolution. Mais les examens biologiques nous ont en outre permis de suivre sur l'électrophorèse sur papier les modifications sanguines et urinaires que nous pouvons ainsi résumer :

Le protéinogramme urinaire montre une tache correspondant à l'albumine et aux globulines α_1.

Le protéinogramme sanguin révèle : une augmentation sensible des globulines α_1, α_2, des β_1 et une diminution des β_2 et des γ-globulines.

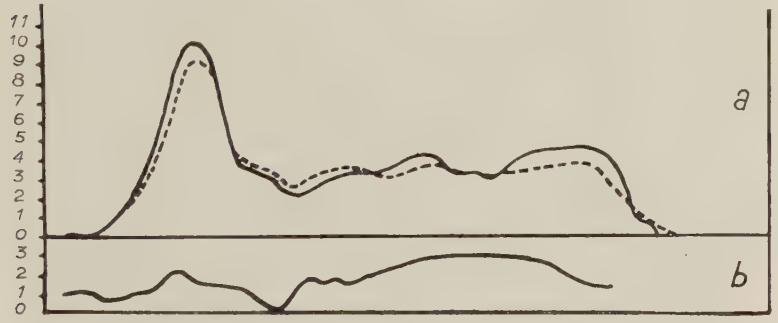


Fig. 2. — Courbe (photométrique) du protéinogramme du 10-9-1954 de Mme G. A. ; *a*) en trait pointillé : protéinogramme du sérum sanguin de Mme G. A. (détermination quantitative : albumine, 42 gr. ; globulines, 28 gr. ; quotient albumineux, 1,5 ; *b*) courbe du lipo-protéinogramme.

Le glyco-protéinogramme présente un accroissement des glycoprotéines α et β.

Le lipido-protéinogramme décèle deux taches dans les zones des α et des γ-protéines, la dernière étant la plus marquée.

Les calculs sur courbes nous fournissent des chiffres qui correspondent à ceux obtenus par dosages chimiques. C'est ainsi que, ici, pour 100 cm^3 de plasma, nous retrouvons au cours des électrophorèses : 72,5 gr. de matières protéiques totales, dont 40 gr. de sérum albumine, 28 gr. de globulines, 4,5 gr. de fibrinogène. Le quotient albumineux est de 1,4 ; ce coefficient albuminoïde de Hoffmann est donc normal. Il traduit l'équilibre que réalisent dans le sang les variations des proportions différentes des principales fractions des protéines pour le maintien de l'homéostasie. Si l'image du protéinogramme du sujet révèle des modifications par rapport au protéinogramme témoin, ces modi-

fications, bien que nettement appréciables, n'auraient pas suffi à elles seules pour entraîner la conviction du développement d'un processus tumoral malin.

En comparant les variations de la composition en globulines des sérums pathologiques décelés par électrophorèse, d'après Robert Ardry (cité par J. Desbordes, Q.S., vol. V, 1954, p. 178), dans les tumeurs malignes, on s'aperçoit que, pour le lympho-

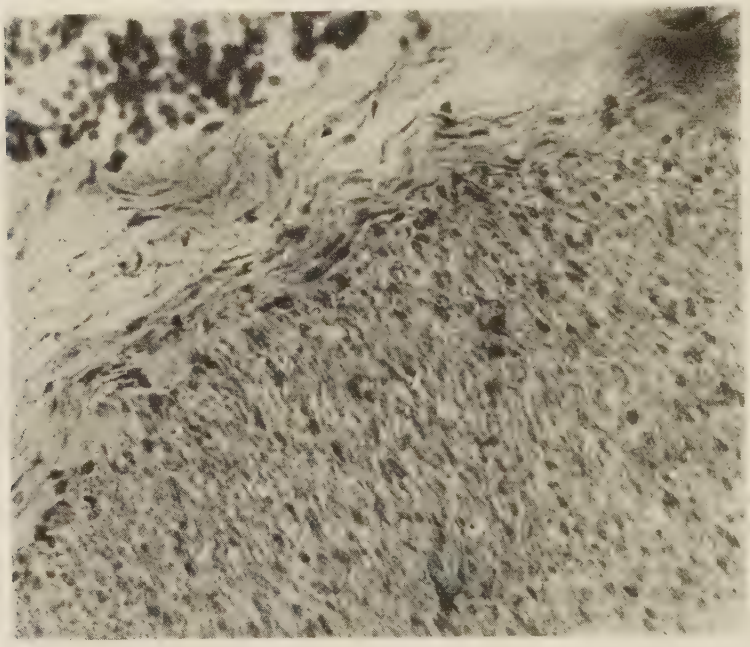


Fig. 3. — Lymphosarcome médiastinal développé aux dépens des ganglions sus-trachéo-bronchiques droits et gauches. En bas et à droite : masse du sarcome fuso-cellulaire, cellules allongées, en alignement en faisceaux, orientées autour des vaisseaux. Dans certaines zones, l'aspect en tourbillon était plus marqué. Le noyau est unique, ovoïde, quelquefois multiple. En haut et à gauche, séparé par une couche de tissu scléreux : un reliquat de tissu ganglionnaire (Leitz 410).

sarcome, les α-globulines sont données comme +, les β-globulines comme sans caractère et les γ-globulines comme ++, ce qui ne correspond que partiellement à notre cas.

L'augmentation légère des fractions des glyco-protéines sériques cadre tout à fait avec l'augmentation de l'élimination de l'acide neuraminique par les urines riches en protéines.

b) L'examen anatomo-pathologique nous a révélé trois points essentiels :

1) la nature de la tumeur médiastinale (lympho-sarcome) et l'absence de métastases ou d'autres localisations ;

2) l'absence de lésions de la crosse aortique et de l'aorte thoracique, et l'intégrité du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac ;

3) l'existence d'une néphrite chronique atrophique.

La tumeur médiastinale, qui n'avait pas encore comprimé le récurrent et n'avait donné lieu qu'à une irritation des nerfs cardiaques antérieurs et postérieurs, entraînant la tachycardie dont le caractère permanent nous avait échappé, n'avait pu être précisée cliniquement en raison de l'opposition systématique à tout examen médical quelque peu approfondi, et n'avait pu être que soupçonnée par l'examen radiographique pratiqué à la période pré-comateuse, alors que l'opposition ne pouvait plus être efficace.

Cette tumeur ganglionnaire avait évolué à bas bruit ; des cancers de cette nature sont peut-être plus fréquents qu'on ne le soupçonnait jusqu'alors, c'est en effet le deuxième cas observé dans notre service en 1954.

3° L'intrication des symptômes psycho-somatiques permet de saisir l'importance de la personnalité psychologique et du caractère dans l'établissement d'un régime diététique et d'un mode d'existence qui n'a pas été étranger par le degré de privation alimentaire qu'il entraînait au soudain effondrement rapide et brutal des résistances de cet organisme jusqu'alors vigoureux, mais touché par les déficiences inéluctables du début de la sénescence.

4° L'urémie terminale est bien la cause directe de la mort, mais elle ne prend tout son sens dans le complexe physio-pathologique que par l'étude de l'ensemble des processus psycho-biologiques qui lui ont fait cortège.

LES SYNDROMES PÉRIODIQUES MENTAUX NON MANIAQUES DÉPRESSIFS

PAR

G. PAPADIMITRIOU (d'Athènes)

J'ai dit qu'il faut se contenter de décrire certaines malades et ne pas essayer de les classer d'une manière rigoureuse. — MOREL.

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA PÉRIODICITÉ DES PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES

Les phénomènes périodiques sont extrêmement répandus dans la nature vivante et inanimée. La périodicité dans son sens le plus large est une qualité de la nature organique tout entière, qui se manifeste par des oscillations élémentaires d'assimilation et de désassimilation dans l'organisme vivant (Kraus).

D'après la définition de la physique, nous appelons *périodicité, la répétition régulière des mêmes faits dans des intervalles de temps exactement identiques* (K. Stumpf).

La notion de périodicité s'identifie d'habitude avec celle du rythme, qui consiste dans le « retour des mêmes périodes aux mêmes périodes » (Klages), dans « la succession régulière des périodes » (Paal). En biologie, nour parlons « de phénomènes périodiques, lorsque des faits toujours identiques se répètent dans les mêmes intervalles de temps » (Lange) ; il n'y a aucune différence — disent Ruder et Jores — entre la périodicité et le rythme, de sorte qu'il paraît tout à fait rationnel de caractériser en psychiatrie des phénomènes périodiques comme des rythmes. « L'alternative de l'activité et du repos des manifestations vitales est une loi générale en biologie », écrit H. Baruk. L'alternance du sommeil et de la veille — continue l'auteur — en est un des exemples caractéristiques. Les réactions vitales s'opèrent très souvent sous une forme rythmée ; chez l'homme, ces rythmes sont très complexes et Porak y a consacré de nom-

breuses études en ce qui concerne les rythmes urinaires, circulatoires, etc., etc... Il en est de même pour le système nerveux.

« Aucun sujet n'est toujours pareil à lui-même (1). Il existe des périodes d'entrain meilleur, des périodes de fatigue et des oscillations variables de l'humeur. » (2). D'après cet auteur, à l'état physiologique, ces oscillations restent modérées, sans gêner l'activité sociale de l'individu, tandis qu'à l'état pathologique elles peuvent s'exagérer de façon considérable et aboutir à des accès périodiques (accès de manie, de mélancolie, etc...). D'après notre expérience, la périodicité dans les troubles mentaux constitue un phénomène qui est aussi fréquent que curieux. Cela ne signifie point que la périodicité constitue l'apanage d'une maladie spéciale, mais une loi générale de tout le système nerveux dans ses manifestations physiques aussi bien que mentales, dont les oscillations tendent dans certaines conditions pathologiques à s'exagérer considérablement et à prendre la forme d'accès périodiques. Bumke (3) croit que l'apparition périodique des phénomènes psychiques morbides doit être considérée comme une forme de réaction pathologique tout à fait générale, sans qu'on puisse tirer de cela une conclusion clinique spéciale. La question de savoir s'il existe, comme plusieurs auteurs le croient, une corrélation entre la structure rythmique et certaines formes de psychoses, ne peut pas se résoudre à partir des données actuelles. De même, il n'a pas encore été entièrement prouvé si les phénomènes périodiques qui sont produits sous des conditions psychopathologiques doivent être considérés comme des apparitions nouvelles ou comme des rythmes réguliers déjà existants de toute évidence (E. Braun).

Jaspers (4) avait déterminé que, dans presque toutes les activités physiques anormales, on peut observer, du moins indirectement, une certaine périodicité. Malgré cela, F. Knigge (5) certifie que cette conception doit se limiter aux formes les plus manifestes des troubles psychopathologiques rythmiques. Mugdan est

(1) « Tout coule », disait Héraclite, et il ajoutait : « On ne peut pas traverser deux fois le même fleuve. » Nous pensons qu'il en est de même pour l'homme. Il subit une évolution, des changements et des transformations perpétuelles, tant biologiques que psychologiques. Nous pensons donc que les différents phénomènes périodiques, psychologiques ou non, ne peuvent pas constituer une répétition régulière des mêmes faits dans des intervalles de temps égaux ou inégaux, mais ils apparaissent plutôt comme un processus évolutif cyclique en forme de spirale.

(2) Baruk (H.). — *Précis de psychiatrie,* Paris, 1950.

(3) Bumke (O.). — *Lehrbuch der Geisteskrankheiten,* 5 int., 1942.

(4) Jaspers (K.). — *Allgemeine Psychopathologie,* 1948.

(5) Knigge (F.). — Ueber Periodicität und periodische Geistesstörungen. *Forsch. Neur. et Psych.,* 1940.

d'avis que certaines cyclothymies ne sont autre chose que des oscillations journalières, normales, grossières, ou anormalement accentuées.

Partant du principe selon lequel même dans les phénomènes biologiques on ne doit pas s'attendre à des périodes extrêmement régulières, Karl Schneider essaie de comprendre les oscillations périodiques de la tendance épileptique spasmogène. Le résultat des observations portant sur un grand nombre d'épileptiques prouve que les différents intervalles de temps entre phases riches et pauvres en convulsions se succèdent à une alternance non régulière. Le professeur Pamboukis, s'étant spécialement occupé de la périodicité de crises épileptiques, les a interprétées d'une façon personnelle, qui reste encore, sauf quelques variations, le noyau des conceptions psychopathologiques d'autres auteurs.

La variabilité mensuelle dans le nombre d'internements démontre la présence d'oscillations rythmiques régulières qui n'étaient pas inconnues d'Esquirol ni de Jacobi (Westphal). D'après H. Kollibay-Uter, les admissions fréquentes au printemps et en été ne dépendent pas de causes sociales, mais doivent plutôt être expliquées par une augmentation des psychoses récemment apparues. D'après E. Meyer, les admissions des hommes présentent une marche périodique plus unie que celles des femmes. En plus de cela, la périodicité des admissions en général est parallèle aux courbes annuelles des naissances. Le lien qui unit certains états psychosiques à périodicité mensuelle avec l'état de la menstruation est en général très lâche.

Il n'est pas très rare que les psychoses endogènes débutent par un rythme menstruel, qu'elles quittent plus tard après une série de rechutes survenant régulièrement. D'ailleurs, certaines catatonies ayant anormalement débuté peuvent, pour un certain temps et dans leur marche ultérieure, suivre le cycle menstruel sans toutefois en dépendre totalement. Suivant un accord clinique récent, l'expression « psychose du cycle menstruel » doit se limiter à certains cas isolés publiés récemment par Ewald, Hauptmann, Vencowsky et Issaelovie, dont toute la marche de la maladie se règle d'après le cycle menstruel de la femme. Laignel-Lavastine et Vinchon ont consacré une étude étendue aux rapports entre le rythme menstruel et la mélancolie. Même dans la schizophrénie, la forme la plus fréquente de la périodicité est en effet l'agitation pendant la période menstruelle (Bumke).

D'après Pilcz, qui s'est spécialement occupé des psychoses périodiques en général dans sa bonne monographie, publiée en 1901,

il est remarquable de noter à ce sujet les résultats de la confrontation de la marche des affections primaires avec celle des affections secondaires. Les formes primaires sont uniquement conditionnées par la prédisposition, tandis qu'au contraire les affections secondaires présupposent, en dehors de la prédisposition, un « facteur irritant périphérique » qui conduit vers leur évolution les périodes elles-mêmes. Les conceptions modernes authentiques sur la nature des psychoses périodiques sont comprises dans les ouvrages de Kræpelin, Stransky, Rhem et J. Lange, ou dans les travaux sur les observations spéciales de Arndt, Menninger et autres. Kræpelin rapporte l'alternance parfaitement régulière, bien que rare, des périodes de manie et des périodes de dépression, c'est-à-dire la réapparition régulière de ces états après des intervalles de temps de santé qui ont toujours la même durée, dans certains de ces cas. Il rapporte de même un petit nombre de malades qui, chaque automne, tombaient dans la dépression et, chaque printemps, manifestaient une agitation maniaque. Slater, lui aussi, en étudiant la périodicité des maniaco-dépressifs, trouva un grand sommet de la courbe en mai et un sommet moindre en septembre. Beaucoup de maniaco-dépressifs présentent leur phase nocive toujours à la même saison de l'année. Esquirol (1) dit à ce propos : « Quand la démence est intermittente, l'accès apparaît au printemps et à l'automne. »

Chaque malade possède son propre rythme et sa propre physionomie clinique. Chez un maniaco-dépressif de Marcuses par exemple, qui avait une tendance à la bisexualité périodique, survenaient des états maniaques à des intervalles de quatre ans. Pendant ces états maniaques se manifestaient des tendances homosexuelles instinctives. De plus fortes oscillations dans la marche de la maladie étaient présentées par cette malade maniaco-dépressive de Mescredes, chez laquelle les agitations apparaissaient avec une alternance de trois, de quatre et puis de cinq jours pendant dix années. Un rare exemple d'oscillation régulière de l'humeur au cours des périodes de temps plus longues nous est donné par le malade d'Arndt, chez lequel les états maniaques succédaient aux états dépressifs suivant un rythme mensuel. Rhem parle d'une périodicité qui, en certains cas, présente une évolution presque chronologique ; le même auteur constate en particulier des oscillations régulières de l'humeur de jour en jour et de semaine en semaine. L'apparition d'une alternance exactement journalière des phases (rythme de 48 heures) est un phénomène caractéristi-

(1) Esquirol (D.). — *Des maladies mentales*, Paris, 1838, t. II.

que bien qu'inhabituel, rapporté par Lulic, Baillarger, Dubuisson et Brierre de Boismont.

« La périodicité apparaît dans de nombreux cas, seulement à un moment donné, dans la marche de la maladie et pendant cette marche, elle apparaît ou disparaît pour la première fois. Quant aux psychoses qui évoluent, en moyenne, périodiquement, il est à noter que le phénomène de la périodicité se limite à certaines périodes de temps de la maladie, de même que la variété qui se trouve être plus grande au début qu'à la fin des périodes de temps pendant lesquelles dure la périodicité. » (Braun) (1).

La diminution croissante des manies périodiques, et l'augmentation croissante des dépressions périodiques durant la maladie (Kræpelin, Rhem), est une donnée de l'expérience supplémentaire qui a aidé à porter la périodicité dans le cadre des psychoses maniaco-dépressives, au rang d'un symptôme dirigeant. Il n'y a aucune tendance générale à ce que les intervalles de temps entre les phases deviennent de plus en plus courts ; là où se manifeste cette légère tendance, elle reste proche de l'intervalle précédent. En tout cas, on peut dire que, plus les périodes sont courtes, mieux se manifeste la périodicité (Braun).

Un complexe de symptômes qui vaut d'être examiné à cause de la forme périodique sous laquelle il apparaît fréquemment est la dipsomanie (Gaupp, Papenheim).

Kodowinn considère les phénomènes périodiques de la dipsomanie (Tranksucht) comme un phénomène principalement rythmique et il les relie au sentiment douloureux des oscillations somatophysiques. De même, il est intéressant d'étudier certaines formes périodiques de parlomanie ou de fuite. Heilbronner, dans son rapport, décrit un cas caractéristique (n° 39) chez qui les attaques de poréïomanie survenaient avec une régularité mathématique. De même, il décrit un groupe de cas (n°s 4, 10, 11 et 13) à périodicité évidente, tandis que, dans les autres cas, la marche de la maladie ne fait que suggérer le caractère périodique.

Oddo a inséré dans le cadre des formes cycliques un cas de neurasthénie dont la particularité consistait en l'alternance journalière des phases. Il a donné le nom de « neurasthénie cyclique » à cette maladie. De nombreux autres cas particuliers nous enseignent que, du point de vue clinique, la possibilité existe pour cer-

(1) Braun (E.). — Manisch-depresiver Formenkreis. *Forsch. Neur. u. Psychiat.*, 1937.

tains états neurasthéniques de durer pendant des périodes de temps plus ou moins longues et semblables, ou bien qui apparaissent à la même heure de la journée. Benon (1), Carras, Déjerine et Gauckler ont essayé, en contribuant par leurs cas, de faire croire que les états qui naissent sur un terrain de nervosité constitutionnelle évoluent périodiquement dans la plupart des cas. Parmi d'autres auteurs, Puca s'occupe dans une étude spéciale de la marche périodique des psychoses compulsives. Delay se réfère à l'hypochondrie et à l'obsession intermittentes.

Parmi les nombreux et divers troubles du sommeil, nous devons nous occuper de ceux qui se présentent comme périodiques. Des cas d'hypnolepsie périodique ont été décrits par plusieurs auteurs (Kleine, Kaprisky, Lewin et autres).

De ce qui a été exposé jusqu'ici,. nous pouvons conclure que la périodicité en tant que phénomène psychiatrique a depuis longtemps attiré l'intérêt spécial des chercheurs qui ont évalué ce phénomène chacun à sa manière. D'une façon générale, les auteurs français ont attribué plus d'importance à la périodicité, comme nous aurons d'ailleurs l'occasion de le voir par la suite, que les cliniciens allemands. La confusion ou la fluidité de la notion de ce phénomène du point de vue psychiatrique, qui est due surtout à Bleuler et à Pohlish, se base, comme écrit E. Braun, sur la méconnaissance des propriétés essentielles de cette notion. Nous préférons d'habitude parler de périodicité là où celle-ci se présente avec une régularité absolue. Mais nous croyons que le problème essentiel consiste dans l'étude des conditions de la vie du malade, qui jouent le rôle décisif dans l'éclosion et l'évolution des manifestations psychopathologiques. La question de base consiste dans la recherche des circonstances spéciales qui provoquent l'augmentation des oscillations physiologiques, tant physiques que psychiques, jusqu'à des dimensions exagérées, pathologiques. C'est là que nous trouverons la clef d'une grande diversité de troubles fonctionnels.

II. — Considérations historiques sur la périodicité en psychiatrie

A quelle époque et dans quel pays, la périodicité des affections neuro-psychiatriques a-t-elle été notée pour la première fois ? Il est évident que l'observation de ce phénomène a été faite longtemps avant le XIX[e] siècle. Pourtant, nous n'avons nulle part pu

(1) Benon (R.). — *Les psychonévroses périodiques*, Paris, 1943.

trouver un texte quelconque qui mentionne d'une façon nette la périodicité des phénomènes psychiatriques. Depuis l'antiquité déjà, de nombreux auteurs, malgré les admirables descriptions de maladies psychiques périodiques, surtout de la manie et de la mélancolie, qu'ils nous ont laissées, ne se réfèrent pourtant pas directement au caractère périodique de ces manifestations morbides. Ainsi, Hippocrate (1) (460-380 avant J.-C.), a classifié les maladies psychiques en mélancoliques, manies, phrénites, épilepsie et hystérie. De celles-ci, la mélancolie et la manie constituent aujourd'hui encore les maladies les plus importantes du groupe de maladies périodiques. Et, tandis que sous le nom de mélancolie, — au sujet de laquelle il a écrit que « quand la peur et la tristesse persistent pendant longtemps, cela est un état mélancolique » —, il groupait, excepté la mélancolie elle-même, tous les délires, tous les états psychopathologiques chroniques qui s'accompagnent d'émotions tristes, tandis que sous le nom de manie il groupait, excepté la manie elle-même, tous les délires, les états psychopathologiques chroniques qui s'accompagnent de manifestations de joie ou de fureur, et malgré qu'il ait observé que la mélancolie aussi bien que la manie apparaissaient surtout au printemps et en automne, il n'a pas laissé de texte ou du moins aucun texte n'a été trouvé qui parle de périodicité.

Il en va de même pour Esculape (I^er^-II^e^ siècle avant J.-C.), qui fut le premier à entreprendre une classification générale des maladies corporelles et intellectuelles en deux catégories, celles des maladies aiguës et chroniques.

Dans l'admirable description de la manie et de la mélancolie par Arétée de Cappadoce (I^er^ et II^e^ siècle après J.-C.), nous trouvons des signes caractéristiques de la psychose périodique.

(La mélancolie) est une maladie sans fièvre pendant laquelle l'esprit reste constamment fixé sur la même idée. La mélancolie ne trouble pas les fonctions intellectuelles. Les malades sont tristes, peureux... Dans la manie, les malades sont déviés vers la violence ou vers la joie. Les mélancoliques, au contraire, sont enclins à la tristesse et à l'anxiété. Les maniaques délirent presque constamment et ils exécutent ou songent à exécuter des actes audacieux parfois féroces. Les mélancoliques ont des délires de diverses formes..., la mélancolie débute souvent sans cause connue... (ceci est un trait caractéristique de la mélancolie périodique).

(1) Hippocrate. — *Œuvres complètes d'Hippocrate*. Traduction Littré, 1879.

Plus tard, Galinos (181-201 après J.-C.) adopta la conception hippocratique de l'image clinique de la mélancolie et de la manie, et il a même été le premier à distinguer la mélancolie de l'hypochondrie, mais de lui, non plus, nous ne connaissons aucun texte où la périodicité des troubles psychiques soit mentionnée.

Plus tard, les Latins ont, paraît-il, remplacé les termes de « mélancolie » et « manie » par ceux de « délire » et de « démence », pour rendre ces notions plus compréhensibles, mais ni eux, ni ceux qui sont venus après eux, Avicenne (980 à 1037), Averrhoès (1128 à 1198), Félix Plater (1516-1614), Thomas Willis (1622 à 1675), Thomas Sydenham (1624 à 1689), François Boissier des Sauvages (1766), et d'autres, ne se rapportent d'une manière nette à la périodicité des maladies psychiques. Thomas Willis, cité par Pinel, écrit dans un passage qui, de toute évidence, provient de son livre « Sur la pathologie du cerveau et des nerfs » :

Un insensé guéri fait ainsi l'histoire des accès de manie qu'il avait éprouvés lui-même.

« J'attendais, dit-il, toujours avec impatience l'accès d'agitation, qui durait dix ou douze heures, plus ou moins, parce que je jouissais pendant sa durée d'une sorte de béatitude. Tout me semblait facile, aucun obstacle ne m'arrêtait en théorie, ni même en réalité ; ma mémoire atteignait tout à coup une perfection singulière ; je me rappelais de longs passages des auteurs latins ; j'ai peine à l'ordinaire de trouver des rimes dans l'occasion et j'écrivais alors en vers aussi rapidement qu'en prose. J'étais rusé et même malin, fertile en expédients de toute espèce. »

C'est seulement à partir de Pinel (1) (1809) que commencent les rapports caractéristiques sur la périodicité :

« La nature des affections propres à donner naissance à la manie périodique et les affinités de cette maladie avec la mélancolie et l'hypochondrie doivent faire présumer que le siège primitif en est presque toujours dans la région épigastrique et que de ce centre se propagent, comme par une espèce d'irradiation, les accès de manie. »

Et encore ceci :

« La manie est continue ou périodique avec des périodes d'accès régulières ou irrégulières. » (Pinel).

(1) Pinel (Ph.). — *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale,* 1809 ; — *Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine,* Paris, 1818, t. III.

Suit Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772 à 1840), qui s'est spécialement occupé du phénomène de la périodicité dans les troubles psychiques et a laissé beaucoup de pages intéressantes sur les psychoses périodiques, sur la manie périodique et la mélancolie périodique : il n'a pas vu en celles-ci une certaine maladie spéciale, mais certaines de ses « observations » ont été édifiantes pour la connaissance de ces troubles périodiques.

« Les psychoses intermittentes sont quotidiennes, tierces, quartes, mensuelles, annuelles, enfin les accès reviennent après plusieurs années. L'intermittence est tantôt régulière, tantôt irrégulière. Dans le premier cas, la même saison, la même époque de l'année, les mêmes causes physiques et morales, ramènent une malade ayant les mêmes caractères, les mêmes crises, les mêmes durées. Le plus souvent, les accès reviennent à des intervalles très variables ; ils sont provoqués par des causes nouvelles ; ils n'affectent pas les mêmes formes de délire ; leur durée, leurs crises sont différentes ; l'accès éclate quelquefois tout à coup, plus souvent s'annonce par divers signes, qui sont ordinairement les mêmes que ceux qui ont précédé les premiers accès. »

Et dans une autre page :

« L'intermittence est plus fréquente dans la manie que dans les autres folies. Il n'est pas rare de voir la manie alterner, et d'une manière très régulière, avec la phtisie, l'hypocondrie, la lypémanie. »

En ce qui concerne plus spécialement la mélancolie, le même auteur écrit :

« La lypémanie est continue, rémittente ou intermittente ; j'ai vu cette maladie persister pendant plusieurs mois, pendant deux ans ; je l'ai vu alterner avec la manie, avec la santé parfaite... »

Et, enfin, dans une autre partie citée par Falret :

« Lorsque la folie cesse tout à coup, sans qu'on puisse en assigner la cause critique, on doit craindre d'avoir affaire à une folie intermittente. »

Griesinger (1), parlant ainsi pour la première fois de la forme clinique, avait aussi observé en 1845 que :

« la transformation de la mélancolie en manie et le retour de celle-ci à la mélancolie, sont des phénomènes très ordinaires... »,

(1) Griesinger. — *Traité des maladies mentales*, Stuttgart, 1845 et 1865.

Plus tard, Falret (1) (1850) souligne admirablement les manifestations psychiques périodiques dans son ouvrage monumental : « Forme cyclique des maladies psychiques » (*Gazette des hôpitaux*, 1851) :

« Il est une forme spéciale de folie que nous appelons circulaire et qui consiste, non, comme on l'a dit fréquemment dans l'alternative de la mélancolie et de la manie, séparées par un intervalle lucide plus ou moins prolongé, mais dans le roulement de l'exaltation maniaque, simple suractivité des facultés, avec la suspension de l'intelligence... Une période d'excitation alterne avec une période d'affaissement plus longue. »

Et ailleurs :

« la transformation de la mélancolie et réciproquement, a été signalée, dans tous les temps, comme un fait accidentel ; mais on n'a pas assez remarqué, ou du moins on n'a pas dit de manière expresse, qu'il existe une certaine catégorie d'aliénés chez lesquels cette succession de la manie et de la mélancolie se manifeste avec continuité et d'une manière presque régulière. Ce fait nous a paru assez important pour servir de base à une forme particulière de maladie mentale, que nous appelons folie circulaire, parce que l'existence de ce genre d'aliénés roule dans un même cercle d'états maladifs, qui se reproduisent sans cesse, comme fatalement, et ne sont séparés que par un intervalle de raison d'assez courte durée ».

Dans une autre étude, il écrivit plus tard :

« Comme toutes les maladies chroniques, la folie est rarement uniforme dans son cours ; elle offre des rémissions, des paroxysmes, des intermittences, des transformations et des complications. »

Après lui, Baillarger (2) (1854), a essayé de prouver que, dans la folie cyclique, nous n'avons pas deux attaques différentes, une de mélancolie et une autre de manie, mais que toutes les deux constituent les deux périodes d'une seule et même attaque de folie. Il a aussi émis la conception suivant laquelle il n'y a pas

(1) Falret (Jean-Pierre). — Leçons cliniques de médecine mentale. Première partie, 1854, mémoire sur la folie circulaire... *Bulletin médical*, 16 février 1854.

(2) Baillarger (J.). — Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression, l'autre d'excitation. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1854, 31.

de rémission complète entre la mélancolie et la manie. Cet auteur donne à cette maladie de la « folie cyclique » de Falret le nom de « *folie à double forme* » et limite ainsi la périodicité, qui a été considérée au début comme une loi très générale, à l'alternance de la manie et de la mélancolie.

Morel (1) (1860) observe le phénomène de la périodicité, mais il ne le considère pas comme un signe d'une maladie spéciale, puisqu'il ne voit dans ce phénomène « aucune des conditions nécessaires pour créer une espèce particulière, une variété spéciale de troubles psychiques ».

En 1874, Kahlbaum (2), dans sa monographie sur la catatonie, écrit, en s'occupant de la périodicité :

« La catatonie est une maladie cérébrale à marche cyclique variable, au cours de laquelle les symptômes psychiques présentent successivement l'image de la mélancolie, de la stupidité, de la confusion, et enfin, comme phase terminale, de la démence. Une ou plusieurs de ces phases psychiques peuvent manquer, mais à côté d'elles paraissent comme symptômes réels des manifestations du système nerveux moteur, présentant tous les caractères généraux de la crampe. »

En 1882, il parlait de cyclothymie (alternance de dépression et d'agitation).

E. Régis (3) (1883) propose d'illustrer graphiquement les états de la manie et de la mélancolie. Il nous donne lui-même dans son livre une belle image expressive des états de manie et de mélancolie sous toutes leurs formes : simple manie aiguë, simple mélancolie aiguë, manie récurrente, manie intermittente, manie-mélancolie continue (folie à double forme circulaire), manie-mélancolie intermittente (folie à double forme intermittente), manie-mélancolie alternante (folie périodique à formes alternes, schème d'états mixtes).

A. Ritti (4), pendant la même période (1883), se rapportant à la même espèce morbide de la périodicité et ramassant toutes les appellations qui jusqu'à cette époque étaient parvenues jusqu'à lui, donne le tableau suivant avec les noms des auteurs « baptiseurs » correspondants.

(1) Morel (Aug.-Bénédict). — *Traité des maladies mentales*, 1860.
(2) Kahlbaum. — *Ueber zyclisches Irresein*, 1882.
(3) Régis (E.). — *Communication à la Société médico-psychologique*, 1883.
(4) Bitti (A.). — *Traité clinique de la folie à double forme*, 1883.

Folie à double forme (Baillarger)
Folie circulaire (Falret)
Folie double phase (Billod)
Folie de formes alternes (Delaye)
Délire à formes alternes (Legrand du Saulle)
Die cyclische Psychose (Ludwig Kirn)
Das circuläre Irresein (von Kraft-Ebing)

Un peu plus tard, Magnan (1) (1890) essaye de délimiter nettement la psychose intermittente de la folie des dégénérés héréditaires. Il écrit à ce propos :

« On ne doit ranger dans le cadre de la folie intermittente que les sujets non dégénérés, qui présentent des accès périodiques circulaires, alternés, et chez lesquels ces accès à type intermittent font toute la maladie. »

Magnan établissait la distinction de la psychose intermittente, de la manie « dégénérative » et de la mélancolie d'une part, et de la simple manie et mélancolie de l'autre part.

Sollier (1893) décrit une forme cyclique de neurasthénie sans opposer la neurasthénie à la manie.

Enfin, vient Kræpelin (2) dont les conceptions constituent une étape importante dans la recherche psychiatrique, et, dirions-nous, la position presque officielle encore en valeur aujourd'hui. Par la division des psychoses endogènes en deux grandes entités morbides autonomes — la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive, Kræpelin a essayé d'attribuer une importance toute spéciale à la symptomatologie et à l'évolution de ces maladies. S'il l'a fait, c'est parce qu'il croyait que la symptomatologie et la marche de la maladie reflètent exactement l'espèce de chaque processus morbide, négligeant ainsi les autres facteurs qui jouent un rôle dans la formation et l'évolution des images psychiatriques : l'hérédité, la constitution, la personnalité, le milieu, etc...

Suivant cette conception, l'auteur a englobé dans la notion de démence précoce et de psychose maniaco-dépressive non seulement les formes psychosiques endogènes typiques, mais encore beaucoup d'autres formes de psychoses atypiques qu'il caractérisait comme des variétés ou des formes particulières de

(1) Magnan (Valentin). — De la folie intermittente. *Communication au congrès international de médecine*, 1890.
(2) Kraepelin (E.). — *Psychiatrie*, 1915, 8, Aufgabe.

ces deux maladies psychiques principales. Ainsi, sous la notion de démence précoce, il classait des cas qui, tout en étant caractérisés comme des psychoses maniaco-dépressives, ne présentaient pas l'évolution intermittente typique et représentaient au contraire des phénomènes d'affaiblissement intellectuel (démence). Sous la notion de psychose maniaco-dépressive, il classait des cas qui offraient une symptomatologie complète de la démence précoce, mais n'évoluaient pas progressivement vers la démence et présentaient au contraire le phénomène de la périodicité.

Suivant Kræpelin, chaque attaque de manie ou de mélancolie non seulement est toujours périodique et par conséquent contraire à la démence précoce, mais encore la manie, ainsi que la mélancolie sont des maladies alternantes, si bien que chaque fois que cette alternance ne se présente pas, cela est dû à ce que la maladie n'est pas d'une durée assez longue pour lui permettre de compléter son évolution.

Le même auteur a donné le nom d' « états mixtes » (Mischzustände) à ces cas de manie et de mélancolie qui non seulement n'étaient pas entièrement typiques, mais qui paraissaient comprendre dans leur image clinique des éléments du type opposé, de sorte que les éléments maniaques et mélancoliques soient mélangés dans le même cas. Weygandt a même distingué trois formes de ces états mixtes : la manie dépressive (Manischer Stuper), la manie non productive (Unproductive Manie) et la mélancolie agitée (Erregte Depression).

Plus tard, Kræpelin, à l'occasion de certains de ses propres cas qui commençaient par des phases périodiques et, après des manifestations schizophréniques, aboutissaient à la démence schizophrénique, fut conduit à accepter la possibilité d'une évolution cyclique, non seulement de la psychose maniaco-dépressive, dans laquelle il avait classé au début chaque forme psychosique périodique, mais encore de la démence précoce elle-même. Ce phénomène doit, selon les conceptions modernes, être classé dans les psychoses mixtes ou combinées de l'école allemande, comme nous le verrons par la suite, ou dans les psychoses schizo-affectives de l'école anglo-saxonne, et se trouve être entièrement différent de l'évolution par poussées du processus schizophrénique. Dans ce processus, nous observons une rémission de l'état morbide dès l'entrée du malade dans la phase de l'état schizophrénique défectueux, qui ne présente pas l'évolution, mais une sorte de structure stable (Gruhle), constituant la personnalité schizophrénique qui peut, par une poussée nouvelle, être de nouveau interrompue.

III. — Les psychoses mixtes ou combinées

Comme on le sait, la conception de Kræpelin s'est répandue très rapidement et a été universellement reconnue, sauf quelques résistances plus ou moins fortes qu'elle a rencontrées en France. Beaucoup de ceux qui ont soutenu cette conception psychiatrique, surtout les Allemands, ont par la suite essayé, en s'appuyant sur la distinction nette de Kræpelin entre la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive, d'apprécier le poids spécifique des divers symptômes, de déterminer exactement le diagnostic et le pronostic, de classer enfin les formes atypiques et les faux phénomènes cliniques dans l'une ou dans l'autre maladie psychique, suivant la gravité qu'ils attribuaient aux symptômes schizophréniques ou maniaco-dépressifs.

Ainsi, Thalbitzer, par exemple, classait les mélancolies anxieuses dans la démence précoce, tandis que Dreyfus et Sperch les classaient dans la psychose maniaco-dépressive. De plus, Dreyfus classait dans la mélancolie, c'est-à-dire dans la psychose maniaco-dépressive, presque toutes les catatonies tardives.

Zendic a de même observé que des centaines de malades, qui, lors de leur sortie de la clinique, étaient considérés comme des déments précoces, guérissaient plus tard. Il en concluait que ces malades ne devaient pas appartenir à la catégorie de la démence précoce. Cette observation a permis à Willmanns, une année plus tard (en 1907), de soutenir que les phénomènes catatoniques qui apparaissaient au cours des phases maniaco-dépressives ne devaient pas être considérés comme ressortissant à la démence précoce, mais comme des manifestations particulières des psychoses maniaco-dépressives aboutissant à la guérison.

Au contraire, Urstein (1), en Pologne, sur le même sujet, a abouti à la conclusion que les attaques maniaco-dépressives qui surviennent avant ou après l'apparition des symptômes catatoniques, et qui évoluent de pair avec eux, doivent être considérées comme des manifestations de la catatonie, c'est-à-dire de la schizophrénie. Dans ces cas, « la psychose intermittente ne représente pas quelque chose de particulier, mais constitue simplement une phase dans l'évolution de la catatonie ».

Nous voyons donc que les disciples de la distinction des psychoses endogènes de Kræpelin ont été séparés en deux camps opposés, de Willmanns et de Dreyfus, d'une part, et celui

(1) Urstein. — *Manisch-depressives u. periodisches Irresein als Erscheinungs form der Katatonie,* Berlin.

d'Urstein, d'autre part, pour ne citer que les noms les plus importants. L'essentiel de leur débat réside dans le fait de savoir s'il faut attribuer une importance plus grande au diagnostic et par conséquent au pronostic des phénomènes cycliques ou des phénomènes catatoniques. De ces auteurs, Urstein, plus tard, s'est spécialement occupé des formes intermédiaires et mixtes du cycle maniaco-dépressif et schizophrénique.

Cependant, des cas de coexistence d'une symptomatologie maniaco-dépressive et schizophrénique sont rapportés par des auteurs beaucoup plus anciens (Burrow, 1828 ; Baillarger, 1853 ; Kelp, 1864 ; Griesinger, 1867 ; Kahlbaum, 1874 ; Schübe, 1886, et autres). Ce dernier décrit des cas de catatonie qui se compliquent ou alternent avec des phénomènes maniaques ou mélancoliques, de même que des cas mixtes paranoiaques « dépressivo-agités », c'est-à-dire de ces cas de schizophrénie avec des éléments de la psychose maniaco-dépressive. Beaucoup plus tard, Wirg Wiekental (1908) a décrit une forme intermittente de la démence précoce compliquée par des crises de « pseudomanie », tandis que Tamburini (1912), en Italie, décrivait une psychose catatonique maniaco-dépressive. Une année plus tard, Kirby a observé qu'il est possible qu'en certains cas, les attaques catatoniques se substituent en apparence à la phase dépressive d'une psychose maniaco-dépressive. La constatation de Rehm est presque identique (1919).

Suivant Lange, Angual, Achille-Dèlmas, Gassiot, etc... en schizophrénie aussi, ce n'est pas un phénomène rare que de voir les hauts et les bas périodiques des états agités ou la transformation cyclique des états maniaques ou mélancoliques. « Les périodes en schizophrénie sont très courtes, écrit Knigge, se référant à Bleuler, parfois même d'une régularité étonnante, telle que je n'en connais pas dans la psychose maniaco-dépressive. » Il avait lui-même suivi un malade pendant trente années, qui était un jour maniaque et un jour déprimé, même quand les symptômes d'une maladie de la vieillesse se sont mêlés à l'image de la maladie mentale. Chez un autre malade de Bleuler, les phases duraient 25 heures pendant plusieurs années. L'alternance coïncidait respectivement à la même heure de chaque journée ; elle était à peu près instantanée. De même le cas de Kræpelin, qui consiste en une démence précoce avec une alternance journalière exacte, d'un comportement social parfait et de manie violente qui dura pendant dix années, a été renforcé par deux cas semblables d'Arndt. Nacke a aussi observé une alternance

régulière entre hypermotricité et stupeur dans les schizophrénies catatoniques, ayant caractérisé ceci comme une catatonie intermittente.

Dans sa thèse sur les psychoses combinées, K. Angelidis (1) écrit à ce sujet :

« On considère comme combinaison de la symptomatologie maniaco-dépressive et schizophrénique, soit la coexistence et la manifestation en même temps des deux syndromes cliniques, soit l'apparition de ceux-ci séparément durant l'évolution de la maladie, l'un des syndromes cliniques alternant avec l'autre. Il s'agit donc de l'union, de la combinaison et du mélange de nombreux symptômes élémentaires de la psychose maniaco-dépressive avec ceux de la schizophrénie, c'est-à-dire qu'il s'agit en somme des psychoses mixtes ou combinées. »

Ces psychoses combinées, Kretschmer et K. Schneider les appelèrent *intermédiaires* (Intermediäre Psychosen, l'un ; Zwischen-Fälle, l'autre), tandis qu'Urstein et, plus tard, Gaupp les appelèrent des psychoses mixtes (Mischpsychosen).

Dans l'image clinique de ces psychoses, il est possible de voir se projeter la psychose maniaco-dépressive, pendant que sous cette manifestation superficielle se développe un processus schizophrénique (Mayer-Gross, Lange). En cas de combinaison successive (Sukzessive Kombination de Stransky), on voit que le début se fait d'habitude avec la psychose maniaco-dépressive à laquelle succède la schizophrénie, étant donné que l'évolution contraire est rare suivant Mayer-Gross.

Le professeur G. Pamboukis, se référant au sujet des psychoses combinées, comme il les appelle, et pour mieux les élucider cliniquement, ajoute ceci dans un rapport fait au Congrès international de psychiatrie (1950) :

« Depuis longtemps, nous employons dans notre clinique de l'Université d'Athènes le terme « état schizophrénique », « état mélancolique », ou « état maniaque » pour qualifier *une psychose dont les symptômes principaux nous paraissent appartenir à la schizophrénie, la mélancolie ou la manie,* mais où il y aurait en même temps d'*autres* symptômes qui ne seraient pas propres à ces maladies et nous *complétons* ce terme *en ajoutant* le caractère des symptômes secondaires, par

(1) Angelidis (K.). — Les psychoses combinées. *Thèse d'Athènes,* 1953.

(2) Pamboukis (G.). — L'application des méthodes thérapeutiques modernes suivant la structure clinique des psychoses et plus spécialement les psychoses combinées. *Premier congrès mondial de psychiatrie,* Paris, 1950.

exemple état schizophrénique *avec* des éléments mélancoliques ou maniaques, ou confusionnels, réactionnels, etc., ou état mélancolique *avec* des éléments paranoïques ou plus généralement schizophréniques, etc., etc. »

La même ligne a été suivie par Kouretas (par exemple mélancolies avec des facteurs schizophréniques, etc...). Le manuel de la classification internationale des maladies, spécialement dans la 6e révision des tableaux généraux des maladies et des causes de mort, caractérise comme suit ces cas mixtes.

> Psychose schizophrénique et maniaco-dépressive combinée.
> Schizothymie + psychose schizo-affective.
> Schizophrénie à troubles affectifs.

Le sujet des psychoses combinées a été, soit dit à ce propos, l'objet d'une recherche biologique dynamique, surtout après les travaux sur l'hérédité des psychoses endogènes de l'Ecole de Rüdin et après les travaux sur la constitution de l'Ecole de Kretschmer, de la part de plusieurs chercheurs éminents, dont nous nous bornons à citer les noms suivant l'ordre chronologique (Lange, E. Minkowski, H. Hoffman, Smith, Melsom, Kahn, Wildermuth, Dürst et Tuszeh). Parmi les plus importants des chercheurs modernes qui s'occupèrent d'une manière approfondie de l'étude clinique des psychoses mixtes sont : J. Lange (1), E. Bleuler (2), Ossipov, Mayer-Gross (3) et K. Schneider (4).

Se référant en 1928 à ce sujet, Lange écrit : « le fait que des phénomènes catatoniques peuvent apparaître dans des maladies circulaires est connu depuis longtemps », et il donne par la suite une de ses tables, publiée antérieurement (en 1922), pour démontrer la fréquence et la diversité des phénomènes catatoniques chez 100 malades catatoniques. Dans ces cas, il inclut non seulement les troubles psychomoteurs, mais encore d'autres troubles schizophréniques (troubles de l'association des idées, 52 % ; hallucinations, 48 % ; stéréotypies, 36 % ; états stuporeux, 18 % ; négativisme, 13 % ; apathie, 12 %, etc...).

(1) Lange (J.). — Die endogenen u. reaktiven Gemütserkrankungen u. die Manisch-Depres. Constitution. *Hand. d. Geisteskrankheiten Spez. Teil*, II, Berlin, 1928, p. 146-172.

(2) Bleuler (E.). — *Lehrbuch der Psychiatrie*, III, Aufgabe, Berlin, 1920.

(3) Mayer-Gross. — Paranoïsche Formen des Manisch-depress. Irreseins. *Arch. f. Psych. Neur.*, Bd. 64, 1921.

(4) Schneider (K.). — *Die Periodicität des Lebens u. der Kultur*, Leipzig, 1926 ; — *Probleme der clinischen Psychiatrie*, Leipzig, 1942.

Dans une autre étude statistique, il essaye, au contraire, de démontrer la fréquence et la diversité des manifestations réactionnelles et maniaco-dépressives circulaires sur 20 cas de démence précoce ; de ceux-ci, les sept présentent dans leurs phases une forme maniaco-dépressive.

Parmi les autres chercheurs, Bleuler (1922) admettait que les symptômes de la psychose maniaco-dépressive peuvent se retrouver dans les cas schizophréniques suivant les combinaisons suivantes.

1. Apparition des accès maniaco-dépressifs de nuance schizoïde.
2. Manifestations schizophréniques à attributs maniaco-dépressifs.
3. Coexistence de psychose schizophrénique et maniaco-dépressive.

Ossipov, en 1924, a décrit 19 cas de formes combinées de cyclophrénies, c'est-à-dire de psychose maniaco-dépressive avec schizophrénie, qu'il a distingués comme suit.

1.	Cyclophrénie à éléments schizophréniques	2 cas
2.	Schizophrénie à évolution maniaco-dépressive	4 —
3.	Schizophrénie hallucinatoire périodique	3 —
4.	Schizophrénie à évolution maniaco-dépressive intermittente	4 —
5.	Schizophrénie à évolution dépressive	3 —
6.	— — maniaque	1 —
7.	— — intermittente	2 —

Mayer-Gross, lui aussi, distingue les psychoses mixtes en trois catégories.

1. Cas schizophréniques avec éléments maniaco-dépressifs.
2. Cas alternants (maniaco-dépressifs évoluant en schizophréniques), étant donné qu'il considère comme rarissime le cas d'apparition alternante de ceux-ci, et
3. Cas où, après plusieurs attaques typiques maniaco-dépressives, apparaît une psychose schizophrénicomorphe, qui, une fois passée, donne place à une guérison complète et constante.

Le cas de Schwab (1942) est très intéressant.

Il s'agissait d'une femme de 56 ans, dont les antécédents héréditaires présentaient de la schizophrénie et de la psychose maniaco-dépressive, qui depuis vingt années présentait des dépressions périodiques de courte durée avec occupations hypocondriaques et des hallucinations acoustiques permanentes (non périodiques). Le contenu de

celles-ci était toujours relatif à la nuance de l'humeur à chaque moment.

Enfin, Kurt Schneider (1950) distingue les combinaisons suivantes des cas intermédiaires, comme il les appelle.

1. Cas intermédiaires chez lesquels apparaissent de même les images de schizophrénie et de cyclomanie.
2. Alternances d'épisodes cyclothymiques et schizophréniques.
3. Ces épisodes sont essentiellement schizophréniques et se développent sur une base cyclothymique, qui donne sur les différentes phases de la psychose un caractère parfois maniaque et parfois mélancolique, et
4. Tandis que l'image clinique est essentiellement cyclothymique, les épisodes dans leur plein développement montrent une nuance schizophrénique.

Mais là où la classification de Kræpelin a rencontré, comme nous avons déjà dit, la plus sérieuse résistance, ce fut en France. Les auteurs français pensaient et pensent encore maintenant que l'acceptation de cette conception comporte une limitation de la pensée psychiatrique, contraire aux exigences de la réalité clinique. Spécialement en ce qui concerne par exemple la psychose maniaco-dépressive, ils avaient toujours la tendance de surpasser le schème de Kræpelin, comme il ressort de plusieurs publications de nombreux auteurs (Chaslin, Séglas, Capgras, Abély, Boucaud, Chatagnon, Courbon, Claude, Baruk, Lévy-Valensi, Halberstadt, Masselon, Rondepierre, Colomb, Delay et autres), sur beaucoup de formes atypiques de la psychose maniaco-dépressive, des psychoses mixtes, de même que de beaucoup d'autres formes mixtes atypiques, que nous retrouverons par la suite. Le terme même de « psychose périodique » est largement employé, précisément en France, parce qu'il constitue une notion plus large que celle de la psychose maniaco-dépressive.

Des auteurs français, nous citons ici Chaslin (1) et Séglas (2), qui, en 1911, ont publié un cas de démence précoce périodique où les intervalles entre les phases de la maladie étaient caractéristiques non seulement à cause de leur longue durée, mais aussi à cause de la rémission complète. Les mêmes ont encore publié un autre cas de psychose intermittente, qui a abouti à la démence et dont les phases morbides se distinguaient par la coexis-

(1) Chaslin (Ph.). — *La confusion mentale primitive*, Paris, 1895.
(2) Séglas (J.). — *Les maladies mentales et nerveuses*, 1885.

tence d'agitation maniaque et de délire mélancolique. Rouart (1935) écrit sur beaucoup de cas mixtes, qui représentent diverses psychoses transitives entre la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive. P. Chatagnon, Scherrer et C. Chatagnon ont souligné aussi (1938) la fréquence de l'apparition des formes intermédiaires, leurs particularités cliniques et leur pronostic favorable.

En Roumanie aussi, d'après ce que nous connaissons au moins, la conception de Kræpelin sur la psychose maniaco-dépressive avant la seconde guerre mondiale, et après les travaux de Obregia, Constantinesco, Dimolesco et autres, avait été soumise à une critique sévère, et beaucoup d'auteurs avaient mis l'accent sur la nécessité de sa révision, ayant même proposé de la remplacer par le terme beaucoup plus extensif de cyclophrénie. De ces auteurs, Obregia a même distingué les formes suivantes de schizophrénie : cyclophrénie paranoiaque, schizoïde et mélancolique. Odolesco, en décrivant une psychose schizophrénique, qui est apparue chez trois sœurs, l'a appelée cyclophrénie familiale. Constantinesco décrit aussi une psychose menstruelle et enfin Popea décrit des psychoses atypiques d'origine diverse. La notion de cyclophrénie était cependant rejetée complètement par l'école allemande, parce qu'elle donnait lieu à une confusion avec la cyclothymie et avec les notions semblables du cercle des psychoses maniaco-dépressives (Braun). Obregia et Tomesco s'occupèrent de même du syndrome catatonique périodique, admettant que si les cas décrits par Kahlbaum sont rares, ils existent toutefois. Cette conception a été soutenue par Urstein en Pologne, de même que par Claude et Baruk en France (Sidawy). Plus spécialement, Obregia place la catatonie périodique dans le cadre de la psychose périodique, de même façon que la manie périodique et la mélancolie se placent dans la psychose maniaco-dépressive.

IV. — Psychoses dégénératives

Les psychoses combinées constituent, comme nous l'avons déjà dit, des formes atypiques de psychoses endogènes et se classent par conséquent dans la plus large catégorie des psychoses atypiques, dans laquelle se place encore une autre catégorie connexe : *les psychoses dégénératives* (1). Et, tandis que les psy-

(1) Le terme dégénérescence a été employé pour la première fois par les Français Morel et Magnan, pour marquer tous les cas où l'on décelait une déviation psychique héréditaire. Ce sont à peu près ceux que nous appelons

choses combinées constituent des produits de mélange ou de succession d'une certaine manière, d'éléments essentiels de la psychose schizophrénique et maniaco-dépressive, les psychoses dégénératives constituent des formes atypiques de la psychose maniaco-dépressive, chez qui se surajoutent des phénomènes confusionnels, paranoiaques, ou hallucinatoires, qui par leur présence colorent d'une manière spéciale l'image clinique.

a) *Coexistence de phénomènes maniaco-dépressifs et confusionnels.* — Les phénomènes confusionnels dans ces cas peuvent succéder aux phénomènes maniaco-dépressifs ou se surajouter durant leur évolution. Bostroem, niant l'existence d'images mélancoliques confusionnelles, a décrit la manie confusionnelle (Verworrene Manie), qu'il considérait comme une combinaison de facteurs endogènes et exogènes (infections, intoxications endogènes). Cet auteur, se fondant sur ces cas, a affirmé que, pour le déclenchement de la manie confuse, il faut, d'une part un facteur exogène (infection, etc...) et d'autre part un facteur endogène (la prédisposition maniaque). L'existence de la manie confuse a été soutenue en France par Lantier. Pohlisch a décrit des états confusionnels avec des phénomènes hyperkinétiques ou moteurs, qu'il considérait comme des maladies autonomes, les appelant des *psychoses hyperkinétiques* (Hyperkinetische Motilitäts Psychosen).

Au contraire, Eward et Lange croyaient que les psychoses hyperkinétiques ne constituaient pas une entité morbide particulière, mais qu'elles appartenaient aux psychoses maniaco-dépressives, tandis que Kleist (1) classe les psychoses hyperkinétiques dans ce qu'il a décrit et appelé *psychoses dégénératives autochtones,* comme nous le verrons par la suite.

aujourd'hui, soit psychopathies, soit psychoses, se développant d'une manière atypique, anormale, parce qu'elles sont surchargées psychopathiquement. Ensuite l'Ecole italienne, sous l'impulsion de Lombroso, Morselli, Tanzi et beaucoup d'autres, a orienté le concept de dégénérescence vers les déviations anthropo-sociales, comprenant le retour de la personnalité à des phases primitives de l'évolution de l'humanité. La psychiatrie allemande, avec Schröder en tête, a proposé une nouvelle signification pour le terme dégénérescence tout en lui faisant englober les déviations dans le sens biologique du métabolisme cérébral et général comme source de déviations psychiques. Karl Kleist a donné un sens fondamentalement différent à la notion de dégénérescence, voulant signaler ainsi la psychose, qui prend un aspect clinique différent à cause d'un changement, d'une déviation dans les gènes responsables de la transmission des caractères pathologiques.

(1) Kleist. — Autochtone Degenerationspsychosen. *Zeitschr. f. d. ges. neur. u. Psych.*, 1921.

b) *Coexistence de phénomènes maniaco-dépressifs et paranoiaques (idées de persécution).* — Ceux-ci apparaissent souvent dans la manie et dans la mélancolie. Bumke pense que les maniaques, à cause de leurs manifestations morbides, se disputent souvent avec d'autres personnes. Ne reconnaissant pas que leur état est la cause de ces disputes, ils les attribuent aux activités offensantes des autres. Ne pouvant pourtant pas, à cause de leur activité exagérée, subir passivement l'injustice qui leur est faite, ils se transforment facilement en « persécuteurs persécutés » (Verfolgte Verfolger). Le même auteur soutient que, chez les mélancoliques, le même danger peut apparaître au moyen du mécanisme suivant : troublés par des idées d'incapacité, les mélancoliques considèrent qu'ils sont méprisés par les autres malades, dont ainsi ils interprètent mal l'attitude. A cause de cela, se créent souvent des sentiments d'hostilité et des idées de persécution, surtout lorsque l'inhibition des fonctions de la volonté de tels malades donne sa place pour un certain temps aux phases de nature maniaque avec une activité exagérée. Specht soutient qu'il existe dans la psychose maniaco-dépressive des états qui créent eux-mêmes des symptômes paranoiaques de préférence. L'auteur montre de tels états qui sont spécialement observés au cours d'un changement de phase de la manie en mélancolie, ou inversement. Lange souligne la fréquente apparition, après la 40e année, des phases de la psychose maniaco-dépressive qui sont colorées d'une façon paranoiaque et les attribue au sentiment d'insuffisance de l'âge involutif.

c) *Coexistence de phénomènes maniaco-dépressifs et hallucinatoires.* — Suivant Lange, dans les états typiques hypomaniaques et dans les formes légères de manie, les hallucinations manquent complètement, tandis que, dans les degrés plus graves de la maladie, elles ne sont pas rares. D'habitude, il s'agit de méconnaissances fuyantes et rarement d'hallucinations optiques manifestes. Dans ce cas, il faut, d'après l'auteur, donner une importance spéciale à l'état de la conscience, car d'habitude celle-ci se trouve être confuse. Quant aux hallucinations acoustiques, celles-ci sont très rares, ne sont généralement pas clairement définies par le malade et apparaissent durant les premières journées de l'agitation. En tout cas, les hallucinations acoustiques pures, sur une conscience non troublée, n'existent pas dans le tableau de la manie. Dans les mélancolies typiques, les hallucinations ne constituent pas un événement habituel. Il s'agit d'habitude d'une simple altération hallucinante d'une représentation

réelle, sous l'influence de l'idée dépressive dominante. Les hallucinations acoustiques pures ne sont pas observées dans les mélancolies, suivant Lange.

La classification de Kræpelin avait placé ces psychoses atypiques dans le cadre des psychoses maniaco-dépressives ou schizophréniques. Mais, depuis le début de notre siècle déjà, l'Ecole allemande, ayant en tête Schröder, Kleist et Binswanger, les détacha du cadre des deux psychoses endogènes fondamentales, parce qu'elle croyait qu'elles constituent des entités morbides indépendantes, et les a nommées des *psychoses dégénératives*.

Les auteurs cités ci-dessus ont été conduits à cette conception, parce que : *a*) un grand nombre de formes psychosiques atypiques ne pouvaient pas être incluses, comme il vient de l'être exposé, ni dans la psychose maniaco-dépressive, ni dans la schizophrénie ; *b*) le caractère héréditaire n'a pas été confirmé dans tous les cas, suivant l'interprétation que Gaupp, Kretschmer et Kahn ont donné à ces psychoses atypiques en invoquant le mélange des différentes prédispositions ; *c*) l'essai d'expliquer ces psychoses au moyen de l'influence de certains facteurs pathoplastiques échouait.

« P. Schröder — écrit Lange — a récemment soumis à la discussion la notion ancienne des psychoses dégénératives. Celui-ci voit dans la psychose maniaco-dépressive seulement la sous-forme, très importante du point de vue pratique, de la psychose dégénérative, qui, se distinguant rigoureusement de la démence précoce et des psychoses organiques, contiendrait toutes les formes morbides « fonctionnelles », « endogènes ». Dans un sens plus restreint, on pourrait parler de psychoses dégénératives dans ces cas où l'on n'observe pas directement des signes manifestes de ces sous-groupes clairement décrits de la psychose maniaco-dépressive, des psychoses hystériques, et des psychoses paranoïdes, bien que celles-ci peuvent de beaucoup de façons montrer une parenté avec l'un ou l'autre groupe. Il n'y a nulle part ici des limites rigoureuses et les manies et mélancolies symptomatiquement inhabituelles, sont considérées comme des formes mixtes et des cas de transition de la psychose maniaco-dépressive, dans le sens restreint vers les psychoses dégénératives. »

Schröder (1) a naturellement séparé les psychoses dégénératives des psychoses maniaco-dépressives, mais il n'a pas distingué parmi elles des groupes spéciaux. Kleist, au contraire, par une

(1) Schröder (P.). — Ungewöhnliche periodische Psych. *Monatschr. f. Psych. u. Neur*, Bd. 44, 1918.

série d'exemples, a décrit différentes entités de ces psychoses atypiques se séparant rigoureusement entre elles. D'après Kleist, à ces psychoses appartiennent non seulement la manie et la mélancolie, qui ne se séparent essentiellement pas, mais encore toute une série d'autres formes psychosiques atypiques, comme par exemple les hallucinoses, des états confus à diagnostic difficile, des dépressions à diagnostic difficile, des formes paranoiaques, des psychoses de la motricité, des psychoses hypochondriaques et obsessionnelles, des états de dépression avec dominance particulière d'une forte dépersonnalisation (autopsychose dépressive), la psychose anxieuse, la psychose expansive (Expansive Autopsychose de Wernicke), les agitations imaginaires, la psychose agitée aiguë à idées de relations absurdes. Pour autant que tous ces états psychosiques se développent d'une manière autochtone (1), c'est-à-dire à partir de causes intérieures, ils présentent des formes morbides semblables et successives, ils manifestent une évolution bénigne sous divers phénomènes, ils ont tendance à guérir spontanément, sans laisser de séquelles, et enfin ne prennent pas l'aspect de la psychose maniaco-dépressive, mais constituent, tant du point de vue séméiologique que du point de vue pathogénique, des maladies indépendantes et différentes. Plus tard, cet auteur a décrit une « confusion affective » (Lange).

D'après ces idées, Kleist calcule que le quart du nombre total des psychoses endogènes appartient au groupe des psychoses dégénératives. Cette proportion a été présentée par M. Robertella (2) au premier congrès mondial de psychiatrie, pour aboutir à cette conclusion que « l'importance spéciale de cette conception est compréhensible, parce qu'elle nous oblige de juger avec réserve les statistiques des maladies et les résultats thérapeutiques, auxquels aboutissent les méthodes modernes du choc ».

Kleist, pour mieux démontrer l'atypie des psychoses dégénératives, soumet le tableau suivant, dans lequel il confronte les psychoses typiques endogènes et les psychoses dégénératives correspondantes avec leurs différentes formes. Kleist et Driest estiment, en accord avec la conception que les psychoses dégéné-

(1) Kleist croyait que les psychoses dégénératives se développent d'une manière autochtone sur des constitutions labiles (Autochton Labile Konstitutionen) et s'opposent aux psychoses qui se développent par réaction sur des constitutions labiles de même (Reactiv Labile Konstitutionen).

(2) Robertella (M.). — Les psychoses dégénératives de Kleist à la lumière de la génétique humaine. *Psych. Soc.*, VI. *Premier congrès mondial de psychiatrie*, Paris, 1950.

ratives représentent des cas de psychoses extrêmes (Randepsychosen) ou des cas voisins d'autres groupes de maladies (Nebenpsychosen), qu'il existe des affinités bio-héréditaires entre les psychoses dégénératives isolées et les autres groupes de maladies qui leur correspondent, et spécialement : les psychoses de la motilité et la confusion avec la psychose maniaco-dépressive ; l'hallucinose, la fabulation, les psychoses hypokinétiques, la psychose de relation, les psychoses de « signification » (Beziehungspsychosen) à diagnostic difficile, de même que de la psychose d'étrangeté avec les maladies paranoiaques et les maladies hypochondriaques ; les états de mauvaise humeur épisodiques et les états hypnoïques avec l'épilepsie.

Tableau n° 1

Psychoses typiques		*Psychoses atypiques*
Psychose circulaire : manie, mélancolie.	Psychoses cycloïdes	Confusion : confusion agitée, stupeur. Psychoses de la motilité : forme hypokinétique, forme akinétique. Psychose du « moi » : hypocondrie, fabulation expansive.
Paranoia expansive, persécutive.	Psychoses paranoides	à inspiration aiguë. Hallucinose à idées de persécution, de relation et d'étrangeté,
Epilepsie.	Psychoses épileptoïdes	états crépusculaires épisodiques, y compris les états d'absence avec « déjà vu », « perplexité », états hypnoïdes épisodiques, impulsions morbides épisodiques (dipsomanie).

K. Schneider écrit qu'en ce qui concerne les *psychoses cycloïdes*, il s'agit de psychoses atypiques autochtones, qui sont apparentées aux maladies thymiques circulaires. Il s'agit donc de psychoses cycloïdes extrêmes (Zycloïde Randepsychosen). Parmi elles se classent les *psychoses de la motilité* et les *psychoses confusionnelles*. Celles-ci apparaissent et disparaissent essentiellement d'une manière autochtone, évoluent en plusieurs phases, et souvent en double phase opposée (confusion-stupeur, hyperkinésie-akinésie), et ne laissent pas de séquelles psychiques comme

la catatonie. Les maladies typiques, c'est-à-dire les maladies maniaques et mélancoliques (psychose circulaire), et les deux bien connues « satellites cycloïdes » (Zycloïden Trabanten) ont quelque chose de commun : non seulement la formation et la marche autochtone, mais aussi le caractère quantitatif des troubles. Toutes sont des maladies du tempérament et on peut même dire qu'il existe une opposition « hypomaniaque (sanguin)-déprimé (mélancolique) » dans la psychose maniaco-dépressive, une opposition « vif (colérique)-inactif (flegmatique) » dans les psychoses de motilité, et l'opposition « intelligent-paresseux » (Denkfrische-Denkfaul), dans la psychose confusionnelle.

Aux psychoses du « moi » appartiennent l'*hypochondrie* et son contraire, la fabulation (expansive) aiguë, une agitation expansive avec troubles fabulo-imaginaires de la vie des représentations (Vorstellunglebens).

Les *psychoses paranoïdes* sont des psychoses extrêmes de la paranoia, mais elles n'ont aucun rapport avec les maladies schizophréno-paranoïdes.

Par analogie aux formes fondamentales de la paranoia expansive (délire de délivrance et de prophétie) et de celles du caractère de persécution, Kleist distingue deux formes aiguës, la *psychose hypokinétique* (*expansive*) *aiguë* (l'autopsychose expansive à idées autochtones de Wernicke) et la *psychose hallucinatoire aiguë* de caractère de persécution, qui ressemble beaucoup à l'hallucinose alcoolique et qui peut aussi apparaître lors des abus de l'alcool. Souvent, elle présente des rapports avec le cycle des formes épileptico-épileptoïdes.

Enfin, les *psychoses épileptiques* comprennent les différents types des états oniriques épisodiques. L'obnubilation de la conscience ne se présente pas toujours d'une façon intense. Il existe parfois une diminution de la faculté de reconnaissance, ce qui a comme conséquence la perplexité, et parfois il y a un accroissement de la faculté de reconnaissance dans le sens du « déjà vu ». Ces états sont de durée plus courte, épisodique et n'ont aucune parenté avec la psychose maniaco-dépressive. Au même cycle appartiennent les dipsomanes, les affectivo-épileptiques, les migraineux, les pykno- et narcoleptiques.

Lange considère les psychoses dégénératives séparées par Kleist comme étant très proches des psychoses mixtes de l'école de Tübingen, dont le logique développement est conditionné par la synergie des prédispositions biologiques maniaco-dépressives et schizophréniques.

En réalité, l'expression « psychose dégénérative » est très contestable pour beaucoup de raisons, et il est préférable de l'éviter (K. Schneider). « Etant donné que nous ne pouvons parler de la dégénérescence d'une manière purement descriptive, nous ne faisons qu'habiller l'ignorance. » (Rüdin). D'autre part, l'expression de psychoses dégénératives est contraire aux états plus ou moins réactionnels des criminels (Bonhoeffer, Birnbaum).

V. — Les conceptions de H. Baruk

Parmi tous les écrivains français qui, comme il a été rapporté, ont mis les conceptions de Kræpelin sous un contrôle sévère, une place éminente est occupée par le professeur agrégé H. Baruk. Cet auteur insiste, depuis des années maintenant et non sans raison, sur ce fait que le terme de psychose maniaco-dépressive correspond à une notion très étroite. Enseignant dans le service du professeur H. Claude à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, il avait insisté sur l'existence non seulement de formes cliniques très variées de troubles mentaux périodiques, mais encore sur la fréquence d'une série de manifestations nerveuses, neuro-végétatives, viscérales et même cérébro-spinales à caractère périodique. H. Baruk croit fermement que la périodicité, loin de constituer l'apanage d'une maladie mentale déterminée, représente un type de réaction très générale du système nerveux et devrait être envisagée avant tout sous l'angle physiologique. Voici les conclusions de cet auteur, comme elles sont rapportées dans une de ses études avec Mlle Gévaudan (1), à l'année 1937.

« En dehors des états maniaques dépressifs, on peut observer, en pathologie neuro-psychiatrique, de très nombreux syndromes périodiques (ces syndromes périodiques peuvent parfois d'ailleurs alterner avec des périodes maniaques ou mélancoliques. Ils se représentent dans ce cas comme de véritables équivalents de psychose circulaire, tantôt typique, tantôt atypique), que nous proposons de classer comme suit.

1. Syndromes psychopathiques.
2. Syndromes névropathiques.
3. Syndromes somatiques et neuro-végétatifs.
4. Manifestations neurologiques périodiques.
5. Manifestations périodiques au cours des atteintes organiques avérées du système nerveux. »

(1) Baruk (H.) et Mlle Gévaudan (Y.). — Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors d'états maniaques dépressifs. *Annales médico-psychologiques*, avril 1937 ; — Hystérie et psychose périodique. *Revue médicale de France*, mars 1937 ; — La psychose périodique chez l'enfant. *Annales médico-psychologiques*, février 1937.

Parmi ces syndromes, les plus intéressants se trouvent être les premiers — les syndromes psychopathiques — dans le cadre desquels les auteurs précités insèrent :

les formes paranoiaques périodiques, de grande importance, selon eux, étant donné que la notion de la paranoïa inguérissable et stable se trouve loin d'être stable ; ces formes furent l'objet d'une thèse de René Bessière ;

les paranoias périodiques symptomatiques ; sur ce point, ils se rapportent à différents travaux et spécialement à ceux de Sérieux et de Libert, à la thèse de Valence et autres sur les délires d'interprétation symptomatiques,

« nous avons souvent observé — écrivent-ils — des états caractéristiques paranoiaques et purement périodiques dans la marche de la syphilis nerveuse » ;

les formes hébéphréniques à caractère périodique aussi,

« nous avons recueilli — écrivent-ils — un certain nombre d'observations très caractéristiques. Citons à titre d'exemple le cas d'un de nos malades que nous avons soigné au cours de deux accès caractérisés par une dissociation psychique complète avec indifférence affective, verbigération incohérente, stéréotypie, dessins symboliques, autisme complet, etc. Ce jeune homme a parfaitement guéri de ces deux accès et occupe, depuis plusieurs années, des fonctions importantes dans une usine où il donne toute satisfaction. Nous n'insisterons sur ces faits en réalité assez fréquents et qui ont donné lieu à une abondante littérature sur les rapports de la démence précoce et de la psychose maniaque dépressive. Pour des observateurs impartiaux, le point de vue de discrimination nosographique, qui est encore celui de beaucoup de psychiatres, reste, à certains points de vue, littéralement inextricable. Nous renvoyons à ce sujet à l'importante thèse de Rouart ».

Excepté les paranoias périodiques, les auteurs se réfèrent aux *syndromes paranoïdes à forme périodique,* de même qu'aux *syndromes d'influence périodiques.* Pour ces derniers syndromes, ils ajoutent qu'

« qu'on a trop tendance à considérer le délire d'influence comme une maladie fixe, systématisée et progressive. Il s'agit là également seulement d'un syndrome que l'on peut observer dans les conditions étiologiques les plus diverses, et qui prend d'ailleurs des aspects cli-

niques très différents. Nous avons eu l'occasion d'observer trois cas de syndrome d'influence périodique à la ménopause chez des cyclothymiques. Le syndrome d'influence apparaissait, dans ces trois cas, à la faveur d'une sorte d'exaltation et d'éréthisme affectif, et érotique, de la ménopause. Cet état donc reste assez différent des syndromes d'influence décrits par Logre et Heuyer dans la manie. Dans nos cas, le syndrome d'influence apparaît plutôt comme une sorte d'équivalent cyclothymique passager, et semble bien lié à des perturbations psycho-endocriniennes de la ménopause ».

Enfin, aux syndromes « psychopathiques », ils ajoutent aussi les très fréquentes *manifestations périodiques à type schizophrénique*. Nous entrons ainsi dans le sujet de la catatonie, qui a fait l'objet de travaux de H. Baruk, occupant une place particulièrement éminente dans la littérature internationale. Il a lui-même inspiré la thèse de Sidawy (1) sur le même sujet et il a insisté avec le professeur Henri Claude sur l'existence d'une catatonie périodique absolument pure et en accord avec la description originale de Kahlbaum. Comme nous l'avons mentionné dans un chapitre précédent, Kahlbaum n'a pas seulement insisté sur l'évolution périodique de la catatonie, mais aussi sur la possibilité qu'elle a de se présenter sous différentes formes tout au long de son évolution (de la mélancolie, de la manie, de la paranoia ou de la démence). Dans un certain nombre de cas, ajoute H. Baruk, la catatonie est suivie après sa disparition d'un accès maniaque franc qui guérit ensuite, et il n'est pas douteux qu'il existe parfois des parentés très étroites entre la *catatonie* et la *psychose maniaco-dépressive*.

« Certains accès catatoniques surviennent chez les malades périodiques comme de véritables équivalents d'accès dépressifs et alternent avec des accès maniaques et mélancoliques francs. Dans d'autres cas, l'accès catatonique est suivi de *réactions délirantes* sous forme d'idées de persécution... Ce sont des faits de ce genre qui expliquent les nombreux travaux parus à la fin du siècle dernier en Allemagne, notamment ceux de Westphall et de Schule, qui visaient à rapprocher la catatonie de la paranoia... »

D'un autre côté, certains accès catatoniques prennent une forme nettement confusionnelle et s'accompagnent d'ailleurs, comme nous le verrons plus loin, d'onirisme qui rappelle tout à

(1) Sidawy (J.-E.). — La catatonie intermittente. *Thèse de Paris*, 1931.

fait celui de la confusion mentale et qui est d'ailleurs curable comme cette dernière.

Ces faits nous permettent de comprendre l'opinion de Meynert, qui rapprochait la catatonie de l'amentia, c'est-à-dire de la confusion mentale telle qu'elle devait être décrite par Chaslin.

En réalité, nous voyons que, suivant les auteurs, la catatonie a été assimilée à de multiples psychoses, notamment à la paranoia, aux psychoses périodiques, à la confusion mentale, etc... ; le dernier essai d'assimilation est celui de Kræpelin, qui assimile la catatonie à la démence précoce et qui, par son succès, a étouffé le souvenir de toutes les autres assimilations.

H. Baruk admet aussi, qu'à côté des formes qui ne constituent que des accès passagers et qui guérissent rapidement, il existe des cas qui guérissent à la suite d'une évolution prolongée. Pour soutenir son point de vue, il rapporte l'exemple caractéristique suivant d'une catatonie chronique interrompue par des rémissions.

« Un de nos malades, que nous avons soigné au début de 1926 pour un accès catatonique extrêmement grave, en est sorti un an après. Quelque temps après sa sortie de l'hôpital, un des infirmiers qui l'avait soigné le rencontre un soir à un bal, où il paraissait en parfaite santé et semblait s'amuser beaucoup ; le lendemain, il retombait brusquement et on le ramenait à Sainte-Anne en pleine catatonie. Il présentait de nouveau une rémission quelques années après, mais se montrait délirant et interprétant et retombait ensuite dans un nouvel accès de catatonie intense, dont il sortit cette fois peu à peu, après plusieurs années. De cet accès, il sortit mieux amélioré que les fois précédentes, et depuis quatre à cinq ans il reprend une vie sensiblement normale et semble s'affermir dans la guérison complète. Il ne lui reste qu'une rétraction de l'aponévrose palmaire, séquelle de son ancienne contracture. Nous avons régulièrement suivi ce malade pendant maintenant vingt-deux ans. »

Dans la thèse citée ci-dessus, Sidawy a voulu, par une série de cas cliniques :

a) prouver l'évolution des phénomènes catatoniques intermittents interrompus par des guérisons psychiques incomplètes ;

« à un grand nombre de cas — écrit-il — nous pouvons observer sur la base d'une dissociation psychique des poussées catatoniques plus ou moins transitoires. C'est ce que nous observons dans la démence précoce ou plutôt dans l'hébéphréno-catatonie. Mais à côté de ces faits bien connus, on peut observer des cas dont les poussées

catatoniques se séparent par des rémissions beaucoup plus manifestes, mais cependant pas complètes. La clinique montre ainsi une série de faits transitifs qui, de la démence précoce, vont à la catatonie franchement intermittente et périodique »

b) mettre en relief des éléments de catatonie intermittente en apparence essentielle ;

c) présenter une série de cas de catatonie intermittente symptomatique pour tirer de tout cela les conclusions suivantes.

I) Il existe un syndrome de catatonie intermittente, sans fond permanent de dissociation psychique.

II) Ce syndrome peut être d'apparence essentielle ou symptomatique.

III) Il existe des formes multiples de transition entre la catatonie intermittente et l'hébéphréno-catatonie.

IV) Le diagnostic différentiel de catatonie intermittente se pose d'une part avec le sommeil pathologique et d'autre part avec la catalepsie hystérique.

Dans notre service de l'hôpital psychiatrique « Dromokaïtion », nous avons suivi pendant une série d'années assez de cas semblables. Nous en rapportons très brièvement deux cas dont le second est très caractéristique.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 40 ans, commerçant, qui depuis 1935 présente des phénomènes catatoniques périodiques, qui apparaissent constamment en des distances raccourcies avec le temps et pendant lesquelles la rémission devient graduellement moins grande.

Dans le second, il s'agit d'un homme de 45 ans qui, en 1932, présenta la première phase des phénomènes confuso-catatoniques, d'une durée de dix mois, qui disparurent subitement sans aucune intervention thérapeutique particulière. Cinq ans après, rechute d'une année. En mars 1944, rechute nouvelle (3e), mais cette fois les manifestations morbides étaient purement catatoniques (mutisme, stéréotypie, négativisme, suggestibilité), d'une durée de six ans, qui disparurent complètement et subitement.

Enfin, dans le même cadre de ces « syndromes psychopathiques », H. Baruk et Mlle Y. Gévaudan placent aussi les *formes oniriques et délirantes à type périodique*, qui sont moins connues que les autres formes périodiques.

René Charpentier, sur le même sujet, a démontré qu'un

onirisme hallucinatoire peut exister sans aucune confusion mentale (1). Les cas de H. Baruk sont assez semblables au cas de René Charpentier, mais ils prennent l'aspect de délires périodiques très nets, entrecoupés de rémissions totales et très longues, durant lesquelles le malade paraît tout à fait guéri. Dans le cas de René Charpentier, il s'agissait d'un délire onirique toxi-infectieux, tandis que, dans le cas de H. Baruk, l'élément toxi-infectieux n'avait pas été retrouvé, mais seulement la périodicité extrêmement frappante, et réalisant cet aspect de contraste si impressionnant et si particulier aux psychoses périodiques.

Nous avons retrouvé, dans la littérature, un exemple remarquable de cette forme onirique de la psychose périodique, c'est celui de Gérard de Nerval, qui a donné dans son livre *Aurélia* son auto-observation et des descriptions extrêmement intéressantes de ses périodes de rêve et de délire (H. Baruk, G. Gévaudan).

Le professeur J. Delay (2) estime que, dans tous les onirismes périodiques, l'élément confusionnel existe toujours jusqu'à un certain degré.

« La dissolution de la conscience — écrit-il — se manifeste à la fois sur l'élément négatif, la confusion, et sur l'élément positif, l'onirisme. Ainsi, le dormeur que l'on réveille cesse-t-il de rêver. »

E. Régis, cependant, qui, en 1894, fut le premier à nommer pour la première fois le délire onirique le délire de ceux qui sont attaqués des maladies toxi-infectieuses, admet la possibilité de l'apparition séparée de la confusion et du délire onirique comme deux variétés de la même maladie.

(1) La confusion mentale a été ainsi dénommée par Chaslin dans un rapport fait par lui au congrès de Blois, en 1893. Il paraît cependant qu'il a été devancé par Delasiauve, car ce dernier avait fait plus tôt un rapport sur le même sujet, qui a été reconnu en 1894 au congrès de La Rochelle. Cette maladie, en tout cas, a été notée pour la première fois en France au début du XIX[e] siècle par Pinel, sous le nom d'*idiotisme*. « Certaines personnes — écrit Pinel — douées d'une sensibilité extrême, peuvent recevoir une commotion si profonde par une affection vive et brusque que toutes les fonctions morales en sont suspendues ou oblitérées... » Pinel, de toute évidence, entend par cela ce que nous appelons aujourd'hui confusions mentales réactionnelles, c'est-à-dire, post-émotionnelles. Plus tard Esquirol, en modifiant la classification de Pinel, a compris sous le terme *démence* ce que Pinel comprenait sous le terme d'*idiotisme*, et il a même distingué les formes suivantes de cette maladie : aiguë (c'est-à-dire confusions mentales), chronique, sénile, simple, complexe, continue, rémittente et intermittente. Depuis lors, elle a changé beaucoup d'appellation suivant les différents auteurs, de sorte qu'elle possède une foule de synonymes.

(2) Delay (J.). — *L'électro-choc et la psychophysiologie*, Paris, 1946.

Mais il faut distinguer la confusion mentale comme entité morbide des différentes complications confusionnelles qui apparaissent au cours des différentes autres maladies mentales. Pendant la marche de la psychose maniaco-dépressive, ainsi que celle de la schizophrénie, il est possible d'observer, sous l'influence d'une gastro-entérite toxi-infectieuse, une confusion mentale aiguë ou subaiguë. « La confusion mentale peut, en effet, s'associer avec toutes les démences et toutes les psychoses. Son association avec les psychoses généralisées, particulièrement intéressante par sa fréquence comme au point de vue du diagnostic, du pronostic, a été bien étudiée par Neveu (1909), Damaye (1910), Huot (1911) et Laurence (1912). » (E. Régis). Ce dernier conclut ainsi son travail.

« Cette association peut se faire de plusieurs façons, soit que la confusion mentale succède à la manie ou à la mélancolie, ou inversement (association de succession), soit que la confusion mentale accompagne la manie ou la mélancolie, tantôt comme état accessoire, tantôt comme état principal (association ou coexistence). L'association d'une confusion mentale avec la manie ou la mélancolie indique toujours la présence d'un facteur toxique, essentiel, surajouté. La confusion mentale et la psychose maniaque ou mélancolique ne se combinent jamais entièrement de façon à former un tout unique. Le plus souvent, les deux syndromes restent indépendants pour si amalgamés qu'ils paraissent, et il n'est pas rare de les voir présenter une évolution, une durée et une terminaison différentes... Ces associations confuso-maniaques ou mélancoliques peuvent récidiver comme les accès de manie ou de mélancolie ordinaire. Il faut ensuite distinguer la confusion mentale d'états qui peuvent lui ressembler, de la neurasthénie dont elle est si voisine parfois dans certaines de ses formes légères (confusion mentale asthénique). Enfin, il faut fixer les proportions de l'association morbide et préciser s'il s'agit d'une confusion mentale avec appoint maniaque ou mélancolique ou, au contraire, d'une manie ou mélancolie avec appoint confusionnel. »

Chatagnon et Soulairac se sont occupés aussi du sujet des états confusionnels dans le cadre des psychoses maniaco-dépressives. Ces auteurs ont trouvé des états confusionnels dans 25 % des cas. Ces états se présentent souvent avant, au cours ou après la phase de la manie et de la mélancolie et durent peu. Dans la manie, ils conduisent à l'agitation motrice avec perte d'orientation, faiblesse psychique et diminution des facteurs affectifs. Dans la mélancolie, il existe une désorientation, un trouble de la marche, des pensées ou un état anxieux de stupeur. Au cours de

cet état de confusion, il existe une amnésie incomplète. E. Braun pense que ces confusions ne sont que des symptômes extrêmes de nature accessoire, sans importance clinique bien déterminée, et cela serait surestimer la réalité que de vouloir faire de ces états confusionnels une troisième phase des psychoses maniaco-dépressives.

De la périodicité dans la confusion mentale se sont occupés aussi K. Kleist, R. Ardid, V. Challiot et autres. Illing admet l'existence d'une symptomatologie atypique dans les psychoses maniaco-dépressives, et il décrit trois cas qui présentaient pendant la marche des phases maniaco-dépressives pures, des *états confusionnels* avec des illusions et des impressions imaginaires. Avant leur psychose, ces malades avaient déjà une capacité spéciale pour les représentations imaginaires vives et les rêves plastiques, choses ne pouvant être expliquées qu'en partie par la particularité des cas.

Lange écrit que nous devons savoir qu'il existe des maniaques et des mélancoliques qui présentent des états confusionnels dans lesquels dominent les troubles hystériques manifestes de la conscience.

« Nous avons tenté précédemment de prouver que ce n'est pas toujours absolu, mais dans certains cas isolés de telles confusions oniriques se rapportent au mélange des phases périodiques avec des formes hystériques de la réaction. » (Lange).

Suivant les dernières observations du même auteur, le mécanisme en question n'a pas fonctionné. Il s'agissait de deux malades dont l'un était maniaque et l'autre mélancolique. A tous les deux, des phases véritables précédèrent, après lesquelles survint l'obnubilation onirique de la conscience, qui évolua par de profondes vibrations.

Bumke, lui-même, conçoit de la même façon une très grande partie des états confusionnels périodiques. Kræpelin aussi, considérant les cas de Schmids, n'exclut point une telle possibilité.

Nous devons toutefois noter qu'auprès de ces formes se présentent aussi des états confusionnels de toute autre espèce dans les maladies périodiques, comme les confusions délirantes, instinctives, qui se réfèrent à une constitution épileptique et chez qui domine l'incohérence, certaines augmentations des troubles cycliques eux-mêmes, ainsi que les formes exogènes (Lange). Mais, par les fameux travaux de Schmids, il est connu que les

phénomènes cycliques et épileptoïdes peuvent apparaître simultanément. Nous ne devons pas douter — ajoute Lange — que, d'après les données de la bibliographie, les dépressions, aussi bien que les plus rares dysthymies joviales des épileptiques, peuvent, du point de vue symptomatologique, paraître semblables aux troubles périodiques. Naturellement, il se peut qu'une épilepsie symptomatique apparaisse une seule fois, au cours des maladies périodiques, de même qu'une maladie périodique au cours d'une épilepsie traumatique. Une maladie maniaco-dépressive avec surcharge cyclique présentait au cours de ces dépressions périodiques des agitations nocturnes avec obnubilations profondes de la conscience, et des actes impulsifs suivis d'une amnésie complète. Nous pouvons donc admettre qu'il existe des rapports entre les deux cycles de formes de l'épilepsie et de la psychose maniaco-dépressive, qui semblent s'extérioriser symptomatologiquement d'une part, et spécialement par des états isolés cycliques d'obscurcissement, et d'autre part par la tendance des malades cycliques vers l'obscurcissement de la conscience.

Le professeur J. Delay, se rapportant à la périodicité des confusions mentales, écrit :

« Il est des confusions mentales *périodiques* dont l'étiologie nous échappe et qui ont été considérées par certains auteurs comme des équivalents de la psychose maniaco-dépressive. Il s'agit de sujets normaux en dehors de leurs crises, mais qui présentent des accès périodiques de confusion et d'onirisme d'une durée de plusieurs mois : ce sont les états crépusculaires périodiques ou les onirismes périodiques, ces derniers répondant au cas où l'élément confusionnel, qui existe toujours à quelque degré, passe au second plan devant l'intensité des manifestations oniroïdes. »

Le même auteur, pour illustrer son opinion, présente deux cas caractéristiques. Le premier appartient au cadre des *onirismes périodiques* et le second à la *confusion mentale périodique*. Comme nous l'avons déjà dit, dans notre service, nous avons observé beaucoup de cas pareils dont les signes prédominants étaient d'une part la périodicité et d'autre part la confusion mentale, du plus léger degré jusqu'à celui du plus profond. Voici quelques cas caractéristiques.

1) Un comptable, 44 ans, qui depuis l'année 1948 a commencé à présenter une série de syndromes mentaux et périodiques dont les signes principaux sont : état de confusion et d'agitation périodique

d'une durée habituelle de trois-quatre semaines, succédant constamment à des intervalles égaux de rémission. Il est utile de noter que le malade, deux jours après le commencement de chaque phase morbide, est déjà réduit à un état de complète confusion mentale qui dure quelques jours ou peu de semaines. Pendant ce temps, avec un regard fixe et légèrement surpris, la mine d'une parfaite confusion mentale, il se déshabille inconsciemment, va et vient machinalement durant toute la journée comme s'il se trouvait dans un état d'automate, touchant tous les objets qu'il trouve et les introduisant ordinairement dans sa bouche, souvent pleins de terre, couverts d'ordures ou d'excréments quelquefois. Le contact avec lui est absolument impossible, l'absence totale d'éléments de conscience est manifeste. Il est nourri et conduit par le personnel de l'hôpital et, toutes les fois qu'il est attaqué par les autres malades à cause de sa conduite inconsciente, il subit passivement les attaques sans réaction consciente, s'éloignant machinalement de l'endroit dangereux pour lui. Le patient balbutie quelques mots à voix très basse. Cette confusion absolument complète se forme rapidement, comme nous l'avons cité, mais d'une façon tellement graduelle et surtout si caractéristique, si bien qu'il nous est possible de suivre toutes les phases, depuis sa pleine clarté d'esprit jusqu'à son complet obscurcissement. C'est tout à fait contraire durant la fin de la période morbide. Depuis un an, les rechutes sont devenues plus fréquentes tandis que les intervalles de santé étaient plus courts.

2) Femme âgée de 32 ans. Le début de la maladie ne peut être déterminé avec précision et, pendant des années, la maladie passe à travers de multiples manifestations et différentes rémissions. Depuis 1948, les phénomènes morbides prennent une forme aussi bien claire que périodique ; crises de 5-15 jours paraissant par intervalles de 20-30 jours et pour la plupart se rapportant au cycle mensuel. Les signes prédominants entrent dans le cadre de la confusion agitante. Ils apparaissent et disparaissent jusqu'à ce que la rémission soit complète subitement dans 2-3 jours.

3) Etudiant de 29 ans. Il y a cinq ans que le malade souffre de crises nettement périodiques, se manifestant sous la même forme clinique d'une agitation confuse et d'une durée de 20-25 jours par intervalles de 15 jours de rémission.

4) Femme de 32 ans, qui a eu sa première crise d'une durée d'un mois à l'âge de 10 ans ; cinq ans de santé, ensuite quatre ans de nervosité et de jalousie et, depuis, syndromes périodiques d'une durée de 20 à 30 jours, se caractérisant par des phénomènes de confusion, d'hallucinations et de délire catatonique, balbutiant et incohérent, entrecoupés par des intervalles égaux de santé. Après une longue rémission de 10 mois, elle est sortie de l'hôpital.

Conclusions

De tout ce qui a été dit, nous pouvons tirer les conclusions suivantes.

1) Dans les hôpitaux, il n'est pas rare de constater des cas à combinaisons cliniques de forme particulière, résultant du mélange de différentes manières des signes cliniques confusionnels, catatoniques, agités et autres, sur la base d'un rythme périodique inexorable.

2) On n'a pas encore réussi à donner une classification satisfaisante des maladies mentales et surtout celles à étiopathogénie endogène.

3) Les traités classiques de psychiatrie ne s'occupent pas, ou du moins s'occupent insuffisamment, de ces cas de symptomatologie particulière.

4) Nous ne croyons pas que ces cas peuvent être couverts par les termes classiques de psychose maniaco-dépressive, schizophrénie, ou psychoses combinées. Le terme de la psychose dégénérative ne peut, lui non plus, être considéré comme très heureux.

5) A cause des difficultés de classification susmentionnées et jusqu'à l'investigation clinique et biohéréditaire plus complète de ces cas, qui :

a) se relient par le fait, commun à tous, de la *périodicité*,

b) n'aboutissent pas finalement dans la démence, et

c) ne peuvent pas être insérés dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive,

nous avons été conduit à la décision d'employer pour ces cas, en l'absence d'un terme plus exact, le terme général de *syndromes périodiques non maniaques-dépressifs*.

INHIBITION CORTICALE ET ARRÊT DES ONDES ALPHA ETUDIÉS DU POINT DE VUE DE LA PHYSIOLOGIE CÉRÉBRALE PAVLOVIENNE.

PAR

Mme Catherine POPOV

Cette étude porte sur le problème de l'inhibition corticale, et sur le phénomène de l'arrêt des ondes alpha que nous étudions du point de vue de la physiologie cérébrale pavlovienne prolongée par l'ensemble de nos propres observations.

Pour les uns, le phénomène de l'arrêt des ondes alpha paraît être dû à une excitation ; pour d'autres, ce phénomène résulterait d'une inhibition corticale.

Pavlov (1) a défini plusieurs types d'inhibition corticale. Nous envisagerons pour l'instant l'inhibition externe, celle qui provient de l'action de stimuli venant de l'extérieur, et que Pavlov considérait comme identique à l'inhibition par induction négative. Comment se représenter cette inhibition par induction négative ? Prenons un exemple.

La stimulation sonore provoque, dans le centre acoustique, une excitation qui ne s'éteint pas par répétition du son (fig. 1). Mais le centre excité ne répond pas seul à la stimulation spécifique. En effet, dans d'autres points du cortex, se développe, selon Pavlov, une réaction non spécifique, l'inhibition par induction négative, qui n'est pas stable, et s'éteint par répétition des stimulations.

Sur le tracé électro-encéphalographique (fig. 2), l'action de ce stimulus sonore s'exprime, au début, par la chute des ondes alpha, ce qui correspond à l'apparition de l'inhibition par induction négative. Mais, à mesure des répétitions du son, cette inhibition commence à disparaître, et la suppression des ondes alpha est moins nette sur le tracé. En continuant à répéter les stimulations, l'inhibition par induction négative finit par s'éteindre, et

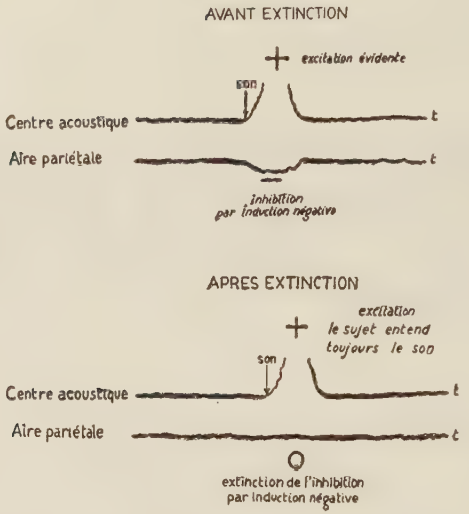


FIG. 1. — Schéma montrant l'apparition de l'inhibition par induction négative, et son extinction par répétition des stimulations.

Stimulation sonore enregistrée sur le tracé par un dispositif spécial Chaque stimulation dure 5 secondes environ

FIG. 2. — Tracé région occipitale. *a*) arrêt des ondes alpha dû à une stimulation sonore. Cet arrêt correspond à l'apparition de l'inhibition par induction négative ; *b*) 3^e^ stimulation sonore. Les alpha commencent à réapparaître, ce qui signifie que l'inhibition par induction négative est moins intense ; *c*) 4^e^ stimulation sonore. Retour des ondes alpha à leur état initial, témoignant de l'extinction de l'inhibition par induction négative.

l'on voit sur les tracés les alpha revenir à leur état initial. *On dit alors que le son est devenu « inactif » vis-à-vis de l'électro-encéphalogramme, à la suite des répétitions.*

Dans nos expériences, poursuivies depuis de longues années, sur le conditionnement électroencéphalographique chez l'homme, nous avons observé qu'un stimulus inhabituel, inattendu, entraîne une inhibition par induction négative. Cette inhibition est toujours enregistrée sur l'électroencéphalogramme par la baisse des ondes alpha.

Pour affirmer que nous nous trouvons bien en présence d'une inhibition externe, nous avons recherché si ce phénomène en présentait bien les caractéristiques. La plus importante, selon Pavlov, est celle de la possibilité d'extinction du phénomène par répétitions (stimulus indifférent). Ce qui a toujours été retrouvé.

Notons qu'il suffisait d'entrer pendant moins d'une minute dans la cabine où se tenait le sujet, ou bien d'effectuer une stimulation par l'agent conditionné, pour que tous les phénomènes d'inhibition corticale disparaissent.

D'ailleurs, l'ensemble de nos observations nous amène à penser que c'est un processus d'inhibition par induction négative que représentait, dans nos expériences, l'arrêt des ondes alpha.

En outre, en poursuivant l'étude de ce phénomène, nous avons remarqué que cette baisse des ondes alpha se produit seulement pour une certaine intensité de l'inhibition par induction négative. Au-dessous de celle-ci, l'inhibition persiste toujours, mais son intensité n'est plus suffisante pour faire baisser les ondes alpha sur le tracé d'électroencéphalographie. Cette inhibition a pu cependant être enregistrée par notre méthode des images consécutives et nous l'avons nommée *sous-liminaire.*

Pour l'étude du phénomène d'inhibition par induction négative, et de sa traduction sur l'électroencéphalogramme par l'arrêt des ondes alpha, nous avons pratiqué des expériences sur de nombreux sujets et les résultats obtenus ont été très nets dans tous les cas (2).

La compréhension exacte du processus d'inhibition par induction négative, et sa traduction sur les tracés électroencéphalographiques par la baisse des ondes alpha, nous a permis de tenter l'explication selon la physiologie cérébrale pavlovienne de la présence ou de l'absence des ondes alpha pour les différentes catégories de sujets.

Définition des types électroencéphalographiques permettant un classement des individus selon leur capacité d'inhibition corticale

Pavlov (1) a introduit la notion d'un degré de force du système nerveux central caractérisant les différents types de ses animaux. La mesure individuelle de cette force dépend de deux processus : excitation et inhibition corticales, qui, pour Pavlov, présentaient autant d'intérêt l'un que l'autre.

D'autre part, l'existence d'une activité rythmique du cerveau est bien connue ; de même, le fait que le cerveau ne reste jamais complètement inactif à cause des multiples excitations qui lui sont imposées de façon permanente, sans atteindre forcément la conscience, ce qui provoque une *inhibition corticale spontanée*, également permanente et jamais nulle.

Comme nous l'avons déjà précisé, la baisse des ondes alpha sur l'électroencéphalogramme représente une inhibition par induction négative (2). Par conséquent, l'avantage de l'observation de ce processus, dont l'étude est possible par les tracés de l'électroencéphalogramme, est évident. C'est pourquoi nous avons choisi le phénomène de l'inhibition corticale spontanée pour caractériser les types de nos sujets. Autrement dit, nous nous proposons de classer nos sujets d'après la *capacité d'inhibition de leurs cellules corticales.*

Dans nos expériences, nous avons étudié particulièrement l'électroencéphalogramme de la zone occipito-temporale chez l'homme, où le conditionnement son-lumière, dont nous nous occupons, est le mieux vu.

Nous représentons dans un schéma le champ des variations possibles de l'inhibition corticale spontanée des sujets observés pendant de nombreuses années (fig. 3).

Sur la figure 3 : en ordonnées sont figurées les valeurs de l'inhibition corticale ; en abscisses, le temps. La distance — On — représente la valeur de l'inhibition corticale au-dessous de laquelle celle-ci n'est plus enregistrée sur l'électroencéphalogramme par la baisse des ondes alpha. Ainsi, la ligne $n\text{-}n_1$ indique la limite de l'inhibition enregistrable sur l'électroencéphalogramme par la baisse des ondes alpha. Au-dessous de cette ligne se trouvent les valeurs d'inhibition corticale sous-liminaire, qui ne sont pas enregistrables par l'électroencéphalogramme. Au-dessus sont indiquées les valeurs d'inhibition suffisantes pour provoquer la baisse des ondes alpha sur le tracé.

Parmi l'ensemble des valeurs de l'inhibition corticale spontanée que l'on rencontre chez les sujets normaux, doit se trouver une valeur minimum que nous nommons Sa, et une valeur maximum, Sc.

Sur le schéma, les lignes pointillées Sa et Sc représentent donc les limites extrêmes entre lesquelles se situent les valeurs d'inhibition par induction négative spontanée des sujets normaux. *En dehors de cette zone se situent les cas pathologiques dont la capacité d'inhibition corticale est insuffisante ou excessive.*

Nous allons voir comment sont représentés les différents types de tracé électroencéphalographique d'après ce schéma.

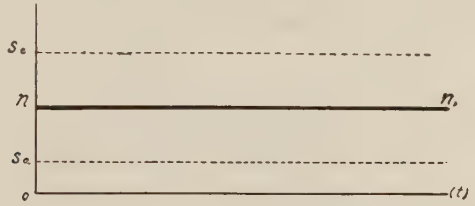


FIG. 3. — Représentation graphique du champ des variations possibles de l'inhibition corticale spontanée ; en abscisse = le temps ; en ordonnée = valeur de l'inhibition par induction négative ; Sa, Sc = valeurs extrêmes entre lesquelles se situent les différentes valeurs d'inhibition corticale spontanée selon le type de sujet (sujets normaux) ; n, n_1 = seuil au-dessous duquel l'inhibition corticale n'est plus enregistrée par la baisse des ondes alpha.

Classification des sujets selon leur type de tracé électroencéphalographique

Nous sommes amenés à diviser, en principe, l'ensemble des sujets normaux en deux grandes classes opposées, A et C, contenant chacune des types extrêmes les plus caractéristiques, mais très peu nombreux, les autres sujets de la même classe se rapprochant plus ou moins de ces extrêmes. Entre ces deux grandes classes se trouve le type intermédiaire : B.

Examinons en détail chaque type extrême.

Le *type A*, très rare chez les sujets normaux, représente les personnes dont l'activité corticale spontanée s'exprime par un

tracé électroencéphalographique composé d'ondes alpha stables et très régulières, n'ayant aucune tendance à baisser (fig. 4).

Le tracé schématique, représentant les valeurs de l'inhibition par induction négative spontanée de ces sujets, touche la ligne pointillée (Sa). Par conséquent, les cellules corticales de ces sujets ont une capacité d'inhibition minimum.

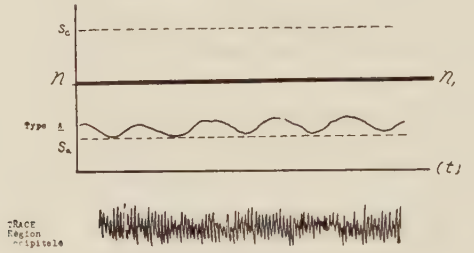


Fig. 4. — Type A, cas extrême ; sur les tracés, les ondes alpha sont stables et permanentes ; schématiquement, on représente l'inhibition corticale spontanée par un tracé ondulant atteignant la limite extrême Sa. L'inhibition corticale spontanée de ces sujets est très faible et toujours sous-liminaire.

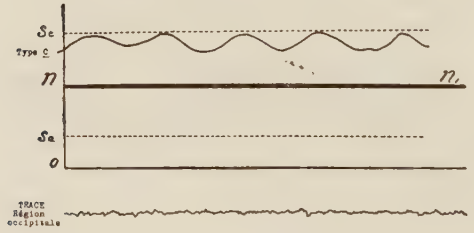


Fig. 5. — Type C, cas extrême ; sur les tracés, les ondes alpha n'apparaissent jamais ; on représente schématiquement l'inhibition corticale spontanée par un tracé ondulant atteignant la limite extrême Sc. Cas de sujets dont l'inhibition corticale est la plus importante.

Le *type C*, type opposé, comprend des personnes ne présentant jamais d'ondes alpha, ce qui indique une capacité d'inhibition corticale spontanée maximum, toujours enregistrée sur l'électroencéphalogramme, par conséquent placée au-dessus de la ligne n-n_1 et atteignant, dans le cas extrême, la ligne pointillée Sc (fig. 5).

Mais la plus grande partie des sujets normaux se rapproche du type intermédiaire — le *type B.*

L'inhibition corticale spontanée de ces sujets peut se placer de part et d'autre de la ligne n-n_1, ce qui s'exprime sur les tracés d'électroencéphalographie par l'apparition de groupes d'ondes alpha alternant avec des zones où elles sont absentes (fig. 6). Les groupes alpha sont plus ou moins nombreux, selon que la personne étudiée se rapproche plus du type A (Ba) ou du type C (Bc).

Etude de l'action d'un stimulus indifférent

a) *Les réactions corticales chez les différents types de sujets*

Après avoir classé tous les sujets d'après la capacité d'inhibition de leurs cellules corticales, nous examinerons maintenant

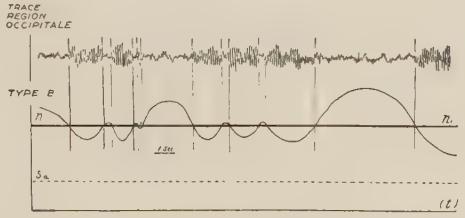


Fig. 6. — Type B, représente le cas intermédiaire ; sur l'électro-encéphalogramme, les groupes d'ondes alpha alternent avec des zones où elles sont absentes ; le tracé schématique des inhibitions corticales se situe de part et d'autre de la ligne n-n_1.

les réactions corticales que donnent les sujets de chaque type à différents stimuli. Examinons, en premier lieu, l'action que produit un stimulus indifférent, par exemple, le son.

Dans les cas extrêmes, du *type A,* l'inhibition par induction négative, qui se développe lors de l'excitation du centre acoustique (inhibition externe), n'est jamais assez importante pour provoquer la baisse des ondes alpha. L'inhibition reste *sous-liminaire* (fig. 7).

Ceci pour deux raisons :

1) Les cellules corticales de ces sujets ont une faible capacité d'inhibition, ce qui explique l'aspect de leur tracé.

2) L'inhibition corticale spontanée de ces sujets étant très faible, le tracé schématique des inhibitions spontanées se rapproche

de la ligne pointillée Sa (cas extrême des sujets normaux), et l'inhibition nécessaire pour dépasser la ligne n-n_1 et provoquer la baisse des ondes alpha devra être importante. Ce qui est impossible pour ce type de sujets. C'est ce qui explique l'absence de baisse des ondes alpha sous l'influence du son.

Type C. — Chez ces sujets, l'inhibition corticale spontanée est importante et la baisse des ondes alpha existe déjà dès l'activité spontanée. L'inhibition supplémentaire provoquée par une stimulation externe ne peut donc pas être enregistrée par cette méthode. Nous mettons actuellement au point une nouvelle méthode permettant d'étudier les réactions corticales chez ce type de sujet.

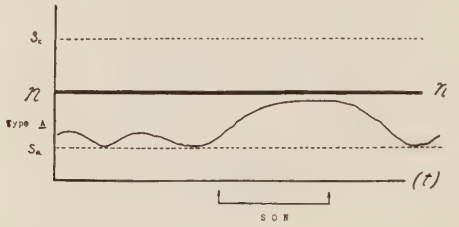


Fig. 7. — Action de la stimulation sonore (stimulus indifférent) chez le type A. L'inhibition par induction négative, bien qu'augmentée par la stimulation sonore, n'est pas suffisante pour dépasser la ligne n-n_1, c'est pourquoi les alpha ne tombent pas sous l'influence du son (mais cette inhibition par induction négative existe et a été mise en évidence par d'autres expériences).

Type B. — De beaucoup le plus courant. A ce type appartiennent presque tous les sujets normaux. Chez ces sujets, l'inhibition par induction négative, provoquée par une stimulation sonore, peut être très bien mise en évidence. En outre, l'étude de ce type nous permet de bien comprendre le mécanisme des latences de la baisse des ondes alpha sous l'influence du son (stimulus indifférent).

La figure 8 représente les deux tracés schématiques de l'inhibition par induction négative provoquée par le son chez deux sujets, l'un de type B et l'autre Ba, et la représentation graphique des latences correspondantes.

b) *Représentation graphique des latences*

On peut expliquer graphiquement le temps de latence d'apparition de la baisse des ondes alpha, en réponse à un stimulus indifférent. Cette représentation graphique nous permet de comprendre non seulement l'existence des latences, mais aussi la variabilité de leur valeur pour un même stimulus chez des sujets différents, alors que le temps de latence varie très peu chez un même sujet. On comprend donc pourquoi la durée de la latence dépend du type électroencéphalographique du sujet.

Dans un précédent article (3), nous avons signalé le rôle important du facteur typologique dans la durée des latences. La

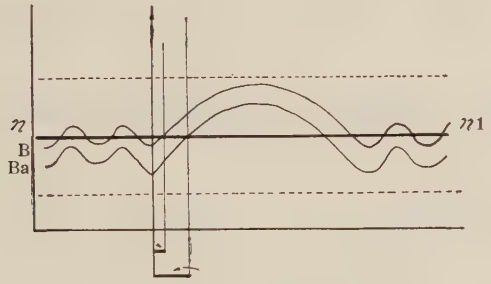


Fig. 8. — Action de la stimulation sonore dans le cas d'un type B et Ba. Représentation graphique des latences de ces deux types. Le tracé schématique des inhibitions montre que la valeur de ces latences dépend de la capacité d'inhibition des cellules corticales du sujet.

solution générale que nous venons de présenter explique très bien les faits que nous avons constatés alors. Plus le tracé schématique des inhibitions se rapproche de la ligne Sa, plus la latence est grande, du fait de la distance pour atteindre la ligne $n\text{-}n_1$ et de la capacité d'inhibition moindre des cellules corticales de ces sujets. Sur la figure 8, on voit que la latence chez un sujet du type Ba est beaucoup plus importante que chez un sujet du type B.

Il ressort de ce qui précède que l'étude des différentes valeurs des latences de baisse des ondes alpha, après un stimulus indifférent, pourra devenir un des critères de classification des différents types de sujets.

Discussion

A) Naturellement, le travail qu'il nous faut maintenant entreprendre est de préciser les limites extrêmes (maximum et minimum) des capacités d'inhibition corticale spontanée chez les sujets normaux, c'est-à-dire évaluer les valeurs Sa et Sc. C'est là un travail considérable, nécessitant de multiples expériences et de nombreuses heures de travail.

Nous pouvons cependant déjà faire quelques conclusions qui, bien que modestes, présentent, croyons-nous, un certain intérêt.

Par exemple, devant un tracé montrant des ondes alpha très stables, sans tendance à baisser sous l'influence d'un stimulus indifférent (comme le son d'une flûte), nous pouvons dire que le sujet a une capacité d'inhibition faible, restant toujours sous-liminaire, ce qui se rencontre en général chez des sujets pathologiques.

Cependant, ici, se pose la question des sujets normaux qui eux aussi peuvent avoir des ondes alpha stables, n'ayant pas tendance à baisser sous l'influence d'un stimulus indifférent. Où réside alors la différence ?

Comme nous l'avons précisé au début de cette communication, selon Pavlov, la notion de degré de force d'activité nerveuse supérieure peut s'exprimer par deux processus corticaux : inhibition et excitation corticales. C'est pourquoi il semble intéressant d'examiner ici l'intensité du deuxième de ces processus : l'excitation corticale. C'est ce que nous avons essayé de faire, d'une part sur deux sujets normaux de type A extrême, les seuls que nous ayons rencontrés en huit années, et, d'autre part, sur les malades du service du professeur Heuyer. Nous avons ainsi remarqué que, chez les deux sujets normaux ayant une capacité d'inhibition très faible, les processus d'excitation au contraire se présentaient avec une intensité très importante.

Ceci concorde parfaitement avec les observations faites sur les animaux par Pavlov (1), et celles sur l'homme que nous trouvons dans Bykov (4), observations d'où il ressort que les sujets normaux peuvent avoir, d'une part, une capacité d'excitation très intense, et, d'autre part, des processus d'inhibition « faiblement exprimés, et même tout à fait faibles ». Mais ceci est très rare, comme l'écrit Bykov, et nous ne l'avons nous-mêmes observé que deux fois en huit années d'expérience.

Au contraire, les malades de cette catégorie, que nous avons eu l'occasion d'observer, à côté du processus d'inhibition faiblement exprimé par le tracé, c'est-à-dire avec des ondes alpha tou-

jours présentes, manifestaient un processus d'excitation également faible.

Nous avons pu constater ceci par l'étude des réponses aux stimulations répétitives. Il suffisait de donner deux ou, au maximum, trois stimulations successives pour dépasser déjà les limites de valeur maximum d'excitation de ces sujets, en faisant apparaître à la place de l'excitation une inhibition corticale avec large diffusion : le sommeil (fig. 9).

Cette insuffisance de capacité d'excitation nous fait penser que la capacité du processus d'inhibition était également insuffisante, c'est-à-dire se trouvait dans notre schéma en-dessous de la ligne Sa, et cela pour les raisons suivantes : les

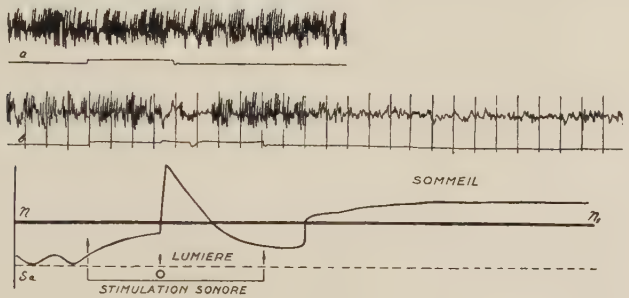


FIG. 9. — Expérience n° 55 du 13-1-1955 et n° 61 du 19-1-1955. Tracé région occipitale. Sujet G. D., 17 ans 1/2; *a*) la stimulation sonore ne modifie pas le tracé de ce sujet ; *b*) pour l'étude de la valeur maximum de l'excitation du sujet, on a donné 3 stimulations combinées successives espacées chacune de 3 minutes (stimulation combinée : son suivi de lumière, voir tracé). Les ondes alpha persistant lors de l'action du son, la lumière les fait baisser, mais elles réapparaissent aussitôt pour disparaître à nouveau très rapidement, faisant place aux ondes du sommeil (en pénétrant dans la cabine, on constate en effet que le sujet dort).

observations de l'école de Pavlov, faites d'abord sur un grand nombre d'animaux, et, plus tard, en clinique, ont montré que si les deux processus d'inhibition et d'excitation corticales ne sont pas de valeur égale, c'est le processus d'excitation qui est le plus grand. On ne notait pas de cas où l'inhibition fût plus grande. C'est ainsi qu'en présence d'une capacité d'excitation anormalement faible, nous pouvons conclure que la capacité de l'inhibition est forcément au-dessous de Sa et que nous sommes devant un cas pathologique. Malheureusement, le maximum d'excita-

tion n'est pas toujours facile à évaluer chez le sujet. Cela dépend des caractères de son tracé.

B) Au début de ses travaux, Pavlov a défini plusieurs catégories d'inhibition corticale qui se caractérisaient chacune par certaines particularités.

Mais, après vingt années de travail, il les a réunies en trois groupes : inhibition externe, inhibition interne et sommeil.

Encore plus tard, il a réuni les deux dernières dans un seul groupe.

Enfin, nous lisons dans un de ses derniers chapitres : « Je puis désormais apporter des faits et des raisonnements nouveaux qui amènent à identifier l'inhibition externe et l'inhibition interne. » « Cependant, écrit-il plus loin, ces faits sont-ils suffisants pour affirmer une telle identité ? »

Notons encore que les différentes phases du sommeil établies par Pavlov ont été retrouvées par lui pour l'inhibition interne, à laquelle, comme nous l'avons dit, il a par la suite identifié le sommeil, et qu'elles ont également été retrouvées pour l'inhibition externe.

D'après Pavlov, l'existence des différentes phases du sommeil est le fait du développement progressif du processus d'inhibition corticale, qu'il considère comme un processus actif, et qui, à mesure de sa progression, provoque une baisse de celle des activités de la cellule corticale qu'il appelait « capacité de travail ».

Que pouvons-nous ajouter au sujet de ce problème de l'inhibition corticale après de longues années de travail ?

Ayant poursuivi nos recherches sur le conditionnement électroencéphalographique chez l'homme, nous avons rencontré différentes catégories d'inhibition corticale, et, chaque fois, cette inhibition, quelle que soit sa catégorie, faisait toujours baisser les ondes alpha sur les tracés électroencéphalographiques. On peut en conclure que, probablement, il y a quelque chose de commun à l'origine de chacune de ces différentes catégories.

Notons que la capacité d'inhibition corticale était jusqu'ici difficile à explorer, et l'affirmation de son existence et de son intensité pouvait toujours être mise en doute.

Nous espérons que notre classification typologique, basée sur la capacité d'inhibition des cellules corticales, pourra peut-être en favoriser l'étude dans chaque cas particulier.

Ajoutons que, selon Nicolas A. Popov, la défectuosité de ce processus d'inhibition pourrait être tenue pour responsable de certaines maladies mentales.

Conclusions

1) Tout d'abord, nous donnons l'explication du phénomène d'inhibition par induction négative et sa traduction sur le tracé électroencéphalographique par la suppression des ondes alpha.

2) Nous présentons ensuite un essai d'explication générale de la présence ou de l'absence des ondes alpha chez différents sujets du point de vue de la physiologie cérébrale pavlovienne, prolongée par l'ensemble de nos propres observations.

3) Nous proposons une classification des sujets selon la capacité d'inhibition de leurs cellules corticales, définissant ainsi trois types : A, B, C, chacun de ces types présentant un tracé électroencéphalographique caractéristique, expliqué par notre schéma des inhibitions.

4) Le temps de latence de baisse des ondes alpha, sous l'influence d'un stimulus, dépend de la capacité d'inhibition des cellules corticales du sujet, et peut être facilement précisé pour chaque sujet grâce à notre interprétation graphique.

5) Nous pouvons désormais, grâce à l'étude des tracés électroencéphalographiques de chaque sujet, tenter de définir les différents types d'activité nerveuse supérieure, établis par Pavlov.

6) Exemple d'un cas pathologique étudié du point de vue de notre typologie.

7) Au cours de notre étude du conditionnement électroencéphalographique son-lumière chez l'homme, l'inhibition corticale, quelle qu'en soit la catégorie, a toujours provoqué l'arrêt des ondes alpha.

REFERENCES

1. J. Pavlov. — *Leçons sur le fonctionnement des hémisphères cérébraux,* Moscou, 1927.
2. Mme Catherine Popov. — Contribution à l'étude des fonctions corticales chez l'homme. VI. Inhibition externe étudiée par la méthode électroencéphalographique et la méthode des images consécutives. *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences,* t. 239, p. 1859-1862, 1954.
3. Nicolas A. Popov et Mme Catherine Popov. — Observations neuro-électroencéphalographiques sur les réactions corticales chez l'homme. II. Les réflexes conditionnés électro-corticaux. *Année psychologique,* 1954, II.
4. Bykov. — *Traité de physiologie,* 1941, Moscou.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 11 juillet 1955

Présidence : M. Paul ABÉLY, président

COMMUNICATIONS

Un exemple démonstratif des modifications du quotient intellectuel chez l'arriéré et possibilités d'interprétation,

par MM. A. Soulairac, S. Shentoub, Sevestre et Mlle R. Leygues.

En psycho-pathologie infantile, la notion de quotient intellectuel est constamment utilisée et sert très souvent de base de pronostic, pour envisager la récupérabilité ou l'inéducabilité des enfants. L'observation suivante nous a paru intéressante à rapporter car elle illustre un fait fréquemment constaté, dans les services de psychiatrie infantile, de modifications du quotient intellectuel au cours de l'hospitalisation.

Observation. — Marie-Françoise est hospitalisée dans le service, en mai 1951, à l'âge de 21 mois, avec le certificat suivant : « Arriération psychique et motrice. Nombreuses stéréotypies motrices. Insuffisance sphinctérienne, incontinence. Enfant abandonnée. L'état mental de cette malade nécessite son internement dans un établissement spécial, sous le régime de la loi de 1938. »

Antécédents familiaux : père inconnu ; mère : professeurs d'enseignement secondaire, nerveuse ; fratrie : un frère décédé à 6 mois, à la suite d'un trouble digestif.

Antécédents personnels : née à 8 mois 1/2 ; accouchement normal ; allaitement artificiel. Très tôt on s'aperçoit que l'enfant n'est pas normale : regard bizarre, un peu fixe ; a tenu sa tête droite très tard ; a souri également très tard.

Vers l'âge de 3 mois : otite et mastoïdite, avec une grosse atteinte de l'état général ; refus total d'alimentation. On ne possède pas d'autres renseignements sur son premier développement.

Dès sa naissance, l'enfant est abandonnée et recueillie par une œuvre, jusqu'à son hospitalisation dans le service.

L'examen neurologique révèle des réflexes normaux, avec néanmoins l'absence du réflexe à la chute et, au niveau de la main gauche, une ébauche de mouvement athétoïde. Pas de tentative de retournement, lorsque l'enfant est placée sur le ventre.

Rien d'anormal sur le plan somatique ; l'électro-encéphalogramme pratiqué à son entrée montre un tracé normal. Rythme de 7-8 c./s. Aucune altération caractérisée, pas d'asymétrie.

A l'entrée de l'enfant dans le service, on note le comportement suivant : se tient debout lorsqu'on l'aide mais ne fait aucun effort pour marcher ; colères faciles, avec cris et agitation, grincement des dents ; opposition nette lorsqu'on la touche ou qu'on veut l'alimenter autrement qu'au biberon ; aucune propreté ; balancement d'avant en arrière, en élevant les membres inférieurs jusqu'au niveau de la tête.

L'enfant est placée en observation à l'infirmerie.

Au bout de trois semaines, c'est-à-dire à l'âge de 22 mois, on constate : amélioration dans le contact : l'état d'opposition a nettement diminué, ne pleure plus lorsqu'on l'approche ; se dresse seule sur son lit ; peu à peu, elle commence à manger à la cuillère ; sourit spontanément ; s'amuse avec son pied, qu'elle essaie de mettre dans sa bouche ; tient les objets avec la main gauche.

Les examens psychologiques, pratiqués à son entrée, donnent au Gesell un:

quotient intellectuel	0,40
motricité	0,42
adaptivité	0,33
langage	0,40
réactions sociales	0,42

N'ayant pas encore acquis la propreté, l'enfant est placée, après l'infirmerie, au pavillon des petites gâteuses éducables ; elle y séjourne dix mois environ. On tente de faire son éducation sphinctérienne et l'enfant s'adapte facilement. Elle se montre affectueuse avec l'infirmière et ne se livre pas particulièrement à l'auto-mutilation, conduite propre à presque toutes les arriérées de ce niveau. Elle perd son aspect d'enfant abandonnée : ses yeux, qui étaient ternes et hagards, deviennent brillants. Très rapidement, deux mois après son arrivée dans ce pavillon, l'enfant demande d'elle-même à aller sur le pot et acquiert simultanément la marche. L'incontinence nocturne des matières et des urines continue. Son langage reste peu développé, mais elle est capable, par exemple, d'appeler l'infirmière par son nom et de lui demander de jouer. Elle s'intéresse de plus en plus à son entourage et s'approche des autres enfants, en leur donnant ses jouets.

Devant ces progrès, l'enfant est transférée au jardin d'enfants, en juillet 1952, à l'âge de 2 ans et 8 mois.

Elle participe aux activités suivantes : jeux éducatifs, travaux manuels rudimentaires, jeux collectifs équivalents à ceux pratiqués dans un jardin d'enfants normal, pour enfants de 3 ans environ.

Elle reste dans ce groupe pendant un an et y fait des progrès importants et constants. Elle se montre, là aussi, très affectueuse et gracieuse, conqué-

rant d'une façon presque exclusive la sympathie des infirmières et des jardinières qui, naturellement, ont tendance à s'occuper davantage de cette enfant, en l'encourageant à participer aux diverses activités.

Marie-Françoise évite cependant les contacts avec les enfants plus fortes qu'elle et plus agressives. Par contre, elle joue volontiers avec des enfants passives et disposées à participer à ses propres jeux. Pendant tout son séjour au jardin d'enfants, elle garde un geste de protection de la main gauche lorsqu'elle se sent menacée.

Les progrès continuant, tant sur le plan intellectuel que relationnel, nous décidons de la transférer dans la classe des petits, au début de l'année scolaire 1953-1954. Elle est alors âgée de 4 ans environ.

Elle parachève ses premières acquisitions en suivant des cours comparables à ceux de la première année de l'école maternelle : jeux sensoriels, jeux d'attention, classements ; elle réussit dans toutes ces activités sauf dans l'assemblage des couleurs ; apprentissage de la lecture par la méthode globale : elle reçoit quelques étiquettes portant son nom, celui de sa poupée, de ses camarades et du chat affecté à la classe et elle arrive à les reconnaître.

Sur le plan du comportement, elle est une bonne camarade, gentille de caractère, attachée à sa maîtresse d'une façon ambivalente. Très soumise, elle choisit comme amie une autre fillette de 4 ans, plus âgée qu'elle, et qui lui est inférieure du point de vue intellectuel. Cette camarade est valorisée d'une façon maternelle et lui sert de tampon dans ses relations avec la maîtresse : lorsqu'elle réussit, par exemple, un travail dont elle est particulièrement fière, elle le montre à son amie, avant de le présenter à la maîtresse. L'identification à la maîtresse se fait d'une façon assez particulière : lorsque celle-ci apprécie le travail de ses élèves, en disant « bien, très bien », l'enfant se lève spontanément et distribue ses propres bonbons aux enfants félicitées, à raison de un bonbon pour « bien », deux bonbons pour « très bien ».

Le 8-6-1954, âgée de 4 ans 9 mois, c'est-à-dire environ un an après le début de sa scolarité et deux ans après son placement au jardin d'enfants, l'épreuve psychologique de Terman-Merill donne un niveau mental de trois ans, donc un quotient intellectuel de : quotient intellectuel = 0,63.

Le 19-11-1954, donc à l'âge de 5 ans 2 mois, le même test, pratiqué par le même examinateur, donne un âge mental de 3 ans 11 mois, donc : quotient intellectuel = 0,75.

En l'espace de cinq mois, l'enfant acquiert donc onze mois d'âge mental.

Actuellement, l'évolution de l'enfant semble continuer favorablement, sur tous les plans.

Un électro-encéphalogramme récent (23-5-1955) ne montre aucune anomalie : alpha stable de 8 c./s., sans asymétrie et aucun signe de comitialité.

Cette observation soulève différents problèmes, à la fois théoriques et pratiques.

Le quotient intellectuel représente théoriquement un rapport entre l'âge mental et l'âge réel d'un sujet, valeur qui constituerait une sorte de caractéristique de l'état intellectuel du sujet. Les tests qui permettent d'établir ce quotient intellectuel ont été faits pour essayer de rendre aussi homogène que possible la valeur obtenue, quel que

soit l'âge où le sujet est examiné. Si l'on admet que le quotient intellectuel représente bien une telle appréciation de l'état mental du sujet, on doit admettre sa pérennité, au cours de l'existence, et sa quasi-impossibilité de changement.

Toutefois, les faits fréquemment observés de modifications plus ou moins importantes de la valeur du quotient intellectuel ne semblent pas permettre de la considérer comme représentant absolument une mesure réelle de l'*intelligence vraie* du sujet. Le seul test qui semblerait pouvoir apprécier ce niveau d'intelligence devrait mesurer les capacités logiques et relationnelles sans faire intervenir les facteurs secondaires d'apprentissage et d'affectivité. Une épreuve du type progressive-matrix, mesurant en principe le facteur « g », donnerait, à cet égard, plus de renseignements si on possédait le moyen de l'appliquer à des enfants en bas âge.

Les épreuves habituellement utilisées, pour mesurer le quotient intellectuel (Binet-Simon, Terman, etc...), font usage de notions, qui n'ont rien à voir avec un facteur « g » réel, mais, au contraire, dépendent essentiellement de facteurs d'apprentissage ou de conditionnements antérieurs.

Aussi, les modifications du quotient intellectuel au cours d'une hospitalisation assez prolongée, pendant laquelle l'enfant est mis en climat favorable et se trouve l'objet de thérapeutiques réadaptatives, peuvent être interprétées sans faire intervenir un changement réel du niveau intellectuel véritable.

Le quotient intellectuel tel qu'il est actuellement utilisé représente donc une résultante, dont une analyse sommaire permet d'admettre au moins deux éléments :

1° l'élément intellectuel véritable (que l'on peut dénommer facteur « g », par exemple) ;

2° tous les éléments de conditionnement et d'apprentissage, d'affectivité et de relations sociales, qui sont intervenus, depuis la naissance du sujet.

On comprend ainsi que l'absence de cette 2e composante puisse donner, au moment d'un test, un résultat global nettement inférieur aux possibilités du sujet. Il n'est pas surprenant alors que l'apprentissage moteur, la création d'un climat socio-affectif favorable puissent apparemment permettre l'augmentation du quotient intellectuel primitivement constaté. Le niveau intellectuel n'a pas changé, mais les possibilités de son utilisation se sont grandement améliorées.

Ces notions nous semblent très importantes pour la rééducation des enfants arriérés. Il est souvent vain de tenter d'améliorer les éléments intellectuels véritables des sujets. Par contre, tous les efforts doivent porter sur le perfectionnement de la capacité de conditionnement et d'apprentissage, et sur l'apport des facteurs socio-affectifs, qui permettront ultérieurement une utilisation maximum de possibilités intellectuelles même réduites.

DISCUSSION

M. M. BRISSOT. — Le Dr Soulairac porte le diagnostic d'*imbécillité mentale* chez une fillette de 2 ans dont le quotient intellectuel, déclare-t-il, était de 0,35 à l'époque de son admission à la Fondation Vallée.

Or, le niveau mental de l'imbécillité se situe entre 3 ans et 6 ans chez l'adolescent et l'adulte. Comment, en conséquence, cette fillette, âgée seulement de 2 ans, pouvait-elle avoir un autre niveau intellectuel que celui de l'imbécillité mentale, en raison de son très jeune âge ?

Il est courant, par ailleurs, de voir le quotient intellectuel s'améliorer grandement au cours de l'évolution des jeunes sujets, du fait surtout que les tests verbaux peuvent être applicables avec succès chez les adolescents, alors que, chez les malades très jeunes, les *tests non verbaux* sont seuls utilisables.

M. M. LECONTE. — Je crois la communication de notre collègue Soulairac digne d'attention, car on a souvent tendance classiquement à considérer le quotient intellectuel comme immuable. J'ai vu, en colonie familiale, des sujets qualifiés autrefois de débiles mentaux par des psychiatres notoires.

Je me demande s'il ne s'est pas agi parfois moins d'erreurs dues à des diagnostics hâtifs, non étayés par des tests, que d'une évolution favorable qui s'est produite. Il n'y a aucun élément de diagnostic ou de pronostic pathognomonique sur le seul plan de la psychologie statique. L'intérêt de la communication de M. Soulairac réside dans la méfiance dont on doit parfois entourer certains pronostics destructeurs, basés sur le quotient intellectuel.

Instabilité tensionnelle du liquide céphalo-rachidien en rapport avec les oscillations de la pression atmosphérique, pàr MM. A. LAMACHE et P.-H. DAVOST (de Rennes).

Les variations de la pression atmosphérique entraînent, quand elles sont marquées, des modifications de l'organisme humain qui, connues depuis longtemps dans leur expression subjective, ont été bien étudiées ces dernières années d'une manière expérimentale par les physiologistes.

Mais nous n'avons pas connaissance qu'ait été signalée l'existence d'un syndrome d'instabilité tensionnelle du liquide céphalo-rachidien lors d'oscillations barométriques naturelles. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il n'était pas sans intérêt de vous en rapporter aujourd'hui une observation.

OBSERVATION. — Mlle R... Jeanne, 38 ans, couturière.

Antécédents familiaux : mère migraineuse, asthmatique et eczémateuse. Père goutteux. Un frère bien portant.

Antécédents personnels : rien de particulier dans la petite enfance. A 10 ans, rougeole. A 11 ans, première crise d'asthme. A 13 ans apparaît un eczéma des mains. Depuis, fait chaque année, en mai, juin et juillet, des crises d'asthme accompagnées d'une réaction conjonctivale. Céphalalgique habituelle : maux de tête très violents, d'apparition soudaine, de courte

durée, isolés ou s'accompagnant de troubles de la vue et de sensations vertigineuses. Céphalées qui surviennent souvent dans les deux ou trois jours précédant l'apparition des règles, et principalement lors des brusques changements de pression barométrique.

Examinée en période de calme, on ne note pas d'altérations cliniques du système nerveux. Corps thyroïde un peu gros mais métabolisme basal à 40. Eczéma dans le sillon rétro-auriculaire droit. Ni sucre ni albumine dans les urines. Urée sanguine : 0,37. Cholestérol : 2 gr. 05. Glycémie à 0,98. Tension artérielle : 14-7. Pouls à 78. Réflexe oculo-cardiaque : 64. Tension artérielle rétinienne : 38-80.

Lors de la ponction lombaire effectuée en position couchée, on constate au manomètre de Claude une pression à 15, montant à 43 lors de l'épreuve de Queckensted-Stookey. L'aiguille observée pendant quinze minutes s'avère stable. Par ailleurs, albuminorachie à 0,35, glycorachie à 0,70. Pandy-benjoin normal, 1,2 éléments dans le liquide rachidien.

Examinée en période de crise, au mois d'août, à l'occasion d'une période orageuse de plusieurs jours avec variations barométriques très amples et très rapides, la malade accuse des céphalées très pénibles avec sensation de « bouillonnement » ou « d'éclatement » de la tête, survenant brutalement et durant quelques minutes ou certaines une demi-heure, voir trois quarts d'heure.

Cliniquement, on note des oscillations vaso-motrices très marquées avec un véritable dermographisme. Réflexe pilo-moteur vif. Mydriase. Tension artérielle : 14-7 au Vaquez. Pouls à 90. Réflexe oculo-cardiaque : 80.

Au point de vue liquide céphalo-rachidien, l'aiguille du manomètre s'avère aujourd'hui très mobile, animée d'oscillations incessantes. Observée pendant quinze minutes, la malade étant dans le calme le plus complet, elle présente les valeurs suivantes : d'abord à 17, elle passe à 22, puis 20, 25, 27, 17, 14, 19, 12, 18, 20, 24, 19, 23, 14. Un léger frottement de l'épiderme au niveau du cou provoque une montée à 29 cm^3 d'eau. Enfin, un bruit inattendu (porte fermée brutalement dans le voisinage) amène la tension du liquide céphalo-rachidien à 37, l'aiguille oscillant ensuite de 27, 38, 30, 26, 20 à 23.

D'autre part, le laboratoire montre une albuminorachie à 0,32, une glycorachie à 0,80, un Pandy — et 1,8 éléments dans le liquide rachidien.

Or, dans le même temps, la pression barométrique présentait les dénivellations suivantes : à 8 heures la pression était de 763, à 14 heures de 744, à 20 heures de 749 ; le lendemain matin, elle se situait à 752 pour atteindre 766 le soir.

Mais si nous avions pris soin de vérifier nous-mêmes les oscillations de la pression atmosphérique pendant ce court laps de temps, la malade, elle, avait pris l'habitude de suivre personnellement les modifications barométriques et n'avait pas manqué d'en constater la relation avec ses troubles.

Commentaires. — 1) En ce qui concerne le diagnostic positif de l'instabilité tensionnelle du liquide céphalo-rachidien, on ne saurait trop insister sur la nécessité qu'il y a, pour la mettre en évidence, d'observer le comportement de l'aiguille du manomètre pendant une quinzaine de minutes au moins. Dans le cas présent, celle-ci serait en effet passée inaperçue si l'on s'était contenté de recueillir la valeur

initiale de la pression, valeur se situant d'ailleurs à la limite supérieure de la normalité.

2) Si ce syndrome survient chez une jeune femme asthmatique et eczémateuse, issue d'une famille dont la plupart des membres présentent également des signes de déséquilibre neuro-végétatif, cette instabilité liquidienne apparaît relativement isolée, ne s'accompagnant pas notamment de modifications concomitantes de la tension artérielle générale.

3) Enfin, si l'on incrimine souvent (et surtout les malades), les « changements de temps » d'être à l'origine de nombreux troubles fonctionnels, il est moins fréquent qu'une évaluation objective en soit apportée. Ici, des variations brèves et amples de la pression barométrique paraissent retentir électivement sur le système régulateur de la tension du liquide céphalo-rachidien et entraîner une instabilité tensionnelle qui engendre les violentes céphalées ayant amené la malade à consulter.

A propos du divorce pour maladie mentale,
par M. Xavier Abély.

Une importante révision du code civil est en cours. La commission chargée de cette réforme, composée de professeurs de la Faculté de droit, de hauts magistrats et d'autres éminents juristes, a déposé un avant-projet qui a été publié et qui est soumis maintenant à l'examen des autorités supérieures. En plusieurs points, cette étude, avec ses textes d'articles et ses nombreux commentaires, nous intéresse. Or, bien des problèmes ont été tranchés sans que des avis médicaux autorisés aient été sollicités. Il fut même question d'introduire dans le code civil « les règles relatives aux conditions d'internement » parce que ces règles « tendent à la protection de la personnalité ». Finalement, « l'analyse de ces règles a été renvoyée à une loi particulière », ce qui laisse présager des intentions prochaines de révision, à propos desquelles notre vigilance doit rester éveillée.

Mais c'est sur un sujet particulier que je voudrais aujourd'hui attirer l'attention : je veux parler du divorce pour maladie mentale. Les auteurs du projet ont examiné s'il convenait d'admettre cette cause de divorce et ils l'ont rayé d'un trait de plume. On a l'impression qu'une discussion approfondie de ce problème n'a pas été engagée et qu'il n'a pas été fait appel à l'opinion compétente des psychiatres, alors que tous les projets antérieurs sur ce sujet avaient été précédés de leur avis. Il suffit pour s'en convaincre de lire les commentaires de la commission. « L'introduction dans notre droit de cette forme de divorce a été demandée à plusieurs reprises et, depuis le début du XIXe siècle, diverses propositions de loi ont été déposées à cet effet. En faveur de cette réforme, on fait valoir que le conjoint de l'aliéné

se trouve actuellement dans une situation pénible et sans issue ; le divorce lui permettrait, au contraire, de fonder un nouveau foyer. On invoque également en faveur de cette réforme l'exemple de nombreux pays étrangers qui admettent sous certaines conditions le divorce pour cause d'aliénation mentale, notamment l'Angleterre, l'Allemagne, le Danemark, la Finlande, la Grèce, la Norvège, la Roumanie, la Suède et la Suisse. La commission a estimé cependant qu'une telle réforme devrait être repoussée. Elle a considéré en effet qu'il est illogique de rompre les liens conjugaux au moment même où l'un des époux a le plus besoin de l'appui de l'autre. Sans doute, serait-il possible de décider que le divorce pour aliénation mentale laisse subsister le devoir de secours sous la forme d'une pension versée à l'aliéné, mais cette solution apparaît insuffisante et d'ailleurs génératrice de difficultés. En outre, la commission a estimé qu'il convenait de tenir compte du fait que la notion même d'aliénation mentale est, scientifiquement parlant, imprécise, et du fait que les guérisons d'aliénés restent possibles, même après plusieurs années d'internement. »

Alors qu'ils avaient une occasion exceptionnelle d'élucider complètement ce problème, les auteurs du projet ne nous apportent qu'une argumentation archaïque, réduite, dépourvue des nuances que comporte la complexité de la question. Tous ces arguments ont été minutieusement étudiés et critiqués depuis de nombreuses années, tant en France qu'à l'étranger. On remarquera tout d'abord le scepticisme de ces hautes personnalités à l'égard de la science psychiatrique, sur l'évolution de laquelle ils auraient pu recueillir des opinions plus compétentes.

Soulignons surtout qu'en cette matière il ne s'agit pas de prendre parti de façon catégorique, comme ils l'ont fait, pour ou contre l'institution de cette nouvelle forme de divorce, de l'accepter ou de la rejeter en bloc. On ne saurait l'étendre à l'ensemble des malades mentaux, sans distinction de forme et de degré, pas même à la totalité des malades chroniques. La solution n'est pas aussi simple. Ce qui importe, c'est de rechercher si des conditions assez précises pourraient être établies, dans un cadre déterminé de psychopathies, pour légitimer cette réforme. Toutes les lois étrangères et tous les projets français partent de ce postulat que ce n'est pas la maladie en elle-même qui compte, mais ses conséquences dissolvantes ou dangereuses sur la vie conjugale. Je n'ai pas l'intention d'exposer aujourd'hui toutes les données de ce problème, qui nécessiterait de longs développements. Je voudrais, cependant, montrer combien les opinions péremptoires émises par les auteurs du projet manquent de largeur de vue et de sens des réalités. Je rappellerai rapidement les arguments classiques qui auraient pu leur être opposés, non pas pour soutenir une thèse favorable au divorce, mais afin de prouver la difficulté d'une solution. Les membres de la commission n'ont envisagé d'abord que le devoir d'assistance morale à l'égard du conjoint malade « au mo-

ment où celui-ci a le plus besoin de l'appui de l'autre ». Personne ne conteste cette obligation. A une condition toutefois, c'est qu'elle soit utile, efficace et justifiée. Lorsque le malade est devenu indifférent à toute sollicitude affective, n'est-ce pas l'époux valide, enchaîné selon la comparaison classique à un cadavre mental, qui éprouve la plus grande peine ? Que l'on songe à la douloureuse situation du jeune mari dont la femme a sombré précocement dans la démence et qui est condamné pour toute sa vie à la solitude morale, s'il entend rester fidèle au devoir conjugal. Accorder systématiquement le divorce dans tous les cas, ce serait souvent donner une prime à l'égoïsme le moins digne d'intérêt ; mais le rejeter dans tous les cas, c'est souvent faire preuve d'une dureté inhumaine. Sans doute la maladie, qu'elle soit physique ou mentale, est-elle un des risques du mariage, mais on ne contracte pas une union en prévoyant que le conjoint va se transformer dans sa personnalité même, qu'il deviendra un étranger et parfois un ennemi. On a fait remarquer avec humour que l'adultère est un risque dont les jeunes époux sont beaucoup mieux avertis par la tradition populaire que de l'aliénation mentale, et cependant l'adultère est admis comme cause de divorce. Quand on constate que le divorce, tel qu'il est actuellement pratiqué, est souvent accordé pour des griefs minimes dont on ne saurait prétendre qu'ils rendent la vie conjugale plus intolérable que les déviations affectives ou caractérielles que nous avons en vue, on peut se demander s'il n'y a pas là une injuste disproportion. La plupart des législations étrangères ont donc posé comme condition du divorce pour aliénation mentale la dissolution par la psychose de la communauté morale qui représente, dans nos sociétés modernes, le sens et le but du mariage. La loi ne fait que constater une situation de fait, une rupture déjà réalisée du lien matrimonial.

La condition complémentaire reste naturellement le caractère définitif de la dissolution de la communauté morale. La détermination de cette échéance reste le point le plus controversé. Les adversaires du divorce ont mis en relief l'éventualité du rétablissement tardif du lien conjugal. Les progrès de la thérapeutique psychiatrique ont donné une vigueur nouvelle à cet argument. Il n'en reste pas moins que des états incurables subsistent encore et subsisteront toujours. Des critères de grande valeur peuvent en être trouvés. Les rares cas signalés d'erreur de pronostic sont généralement imputables à des conclusions trop hâtives qu'un psychiatre prudent et expérimenté n'aurait pas commises. La fixation d'une durée déterminée d'évolution au-delà de laquelle le divorce serait admis automatiquement ne saurait être retenue. L'ancienneté de la psychose ne peut être qu'un des éléments parmi bien d'autres de la chronicité. Aussi bien, nous affirmons l'incurabilité dans des circonstances ayant des conséquences aussi importantes. Les psychiatres étrangers s'étonnent de nos hésitations. Ils nous apportent le témoignage rassurant de leur

longue pratique en signalant d'ailleurs le nombre extrêmement modéré des divorces accordés.

Toutefois, le criterium de la dissolution morale de la communauté conjugale, bien que n'englobant qu'une catégorie assez nette de psychoses, a pu paraître à certains trop imprécis et trop vaste. Plusieurs psychiatres français, Masselon, Aubry, Ameline, de Clérambault, ont proposé une base plus concrète, plus limitée et plus pratique, mais reposant toujours moins sur le fait de la maladie mentale que sur ses conséquences matrimoniales. Il s'agit de la nocivité du malade mental. Le divorce deviendrait légitime lorsque l'aliénation du conjoint représenterait un danger incontestable pour l'autre conjoint. Ce genre de psychopathes est bien connu : paranoïaques, délirants chroniques, épileptiques caractériels, grands déséquilibrés amoraux et impulsifs, alcooliques chroniques dangereux, pour lesquels les lois récentes se montrent par ailleurs fort sévères. La disparition de la communauté morale n'est plus ici un fait pouvant prêter à des interprétations diverses. Or, dans l'état actuel de notre législation, le conjoint sain ne peut se libérer de son tortionnaire. Cependant, tous les motifs qui justifieraient le divorce, si les causes émanaient d'une personne normale, sont réunis avec une particulière netteté : violences, excès, sévices et injures graves. Il apparaît souverainement injuste que l'aliénation puisse mettre obstacle au divorce alors que les lésions subies par le conjoint sont identiques. Accorder le divorce en de telles circonstances ne créerait pas une extension nouvelle des causes reconnues par la loi. C'est pourquoi on a proposé que le divorce fût admis dans ce cas malgré l'aliénation mentale. Le tribunal serait appelé à constater l'existence des violences et des menaces sans s'embarrasser de leur origine pathologique. Cette proposition a rallié au congrès de Blois de 1927 la grande majorité des psychiatres présents.

J'ajouterai que les mariages de plus en plus fréquents entre Français et étrangers relevant de lois admettant ce genre de divorce, posent de plus en plus des problèmes de droit international difficiles à résoudre.

Dans ce raccourci, je n'ai fait qu'ébaucher les éléments d'une question très complexe en présence de laquelle partisans et adversaires s'affrontent, apportant chacun des arguments troublants. Mon intention, en exposant des opinions contraires à celles émises par les auteurs du projet n'était pas de plaider en faveur du divorce et de préjuger de l'avis personnel de chacun de mes collègues à ce sujet. Je connais trop bien les multiples arguments que l'on peut faire valoir en sens contraire. Je voulais simplement montrer comment la discussion aurait pu être élargie. Il ne semble pas que le débat ait revêtu cette ampleur au sein de la commission de réforme. Une circonstance inespérée se présentait de trouver à ce délicat problème une solution plus nuancée. Les thèses adverses tendent à se rapprocher et un compromis aurait pu être tenté, plus conforme à l'évo-

lution des données modernes, scientifiques et sociales. Il ne s'agissait pas de copier les législations étrangères mais de les adapter à notre mentalité nationale. Il est regrettable de voir cette circonstance favorable nous échapper. Mon but principal était avant tout de souligner combien il était déplorable que l'avis des psychiatres n'ait pas été sollicité et que les membres des Sociétés telles que la nôtre n'aient pas été consultés. Je ne prétends pas que cette question relève exclusivement de leur science, mais les misères conjugales qu'ils observent chaque jour dans leur domaine leur ont acquis une expérience incomparable, qui rendait indispensable leur collaboration. J'ai tenu à m'élever, s'il en est temps encore, contre cette éviction.

Discussion

M. M. Leconte. — Je pense qu'il faut distinguer, dans le débat actuel, d'une part le fait que les psychiatres, qui ont l'expérience quotidienne de cas fort variés, n'ont pas été consultés ; d'autre part, l'attitude des psychiatres devant la question du divorce pour maladie mentale. Il serait peut-être utile de mettre de nouveau le problème à l'étude.

Election de membres correspondants nationaux

Après lecture du rapport de M. M. Leconte, au nom d'une commission composée de MM. Fr. Adam, J. Lauzier et M. Leconte, rapporteur, M. Pierre Lambert (de Bassens), est élu *membre correspondant national*, par 7 voix sur 7 votants.

Après lecture du rapport de M. E. Martimor, au nom d'une commission composée de MM. A. Donnadieu, M. Riser et E. Martimor, rapporteur, M. Adolfo Fernandez (de Cadillac), est élu *membre correspondant national* par 7 voix sur 7 votants.

La séance est levée à 17 heures 30.

Le secrétaire général,
Xavier Abély.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 7 juillet 1955

Présidence : M. P. MATHIEU, président

Diagnostic différentiel des maladies de Pick et Alzheimer. A propos de 12 observations anatomo-cliniques, par MM. J. Delay, Garcia Badaracco et S. Brion.

La maladie d'Alzheimer est faite d'une démence avec désorientation spatiale, associée à une aphaso-apraxo-agnosie et à un syndrome pyramidal. Anatomiquement, elle se caractérise par une atrophie diffuse fronto-temporo-pariéto-occipitale, avec plaques séniles et dégénérescence fibrillaire d'Alzheimer, notamment dans la corne d'Ammon.

A l'inverse, la maladie de Pick réalise une démence globale, sans syndrome aphaso-apraxo-agnosique, contrairement à l'opinion classique. Anatomiquement, l'atrophie fronto-temporale peut manquer, aussi les signes histologiques (cellules ballonnées et gliose cortico-sous-corticale) restent-ils les seuls éléments diagnostiques indiscutables.

Impatiences du membre supérieur droit et dysgraphie symptomatiques d'un syndrome moteur de ce membre, par MM. André-Thomas et M. Bonduelle.

Malade de 25 ans souffrant d'un sentiment de présence et d'étrangeté du membre supérieur droit, sentiment accompagné d'une impression de lourdeur et d'une agitation incessante du bras, d'où le terme d' « impatiences ». L'écriture est très déformée. Le trouble, plus net le soir, est aggravé par l'émotion. Enfin, le malade est un anxieux et un méticuleux. L'examen révèle un syndrome pyramidal et extra-pyramidal localisé au bras droit. L'électro-encéphalogramme et l'encéphalographie gazeuse sont normaux.

L'intérêt de cette observation réside dans la localisation exclusive au membre supérieur d'un symptôme qui frappe habituellement les membres inférieurs.

Sclérose tubéreuse de Bourneville et dystrophie osseuse pagétoïde, par MM. M. Rouzaud et A. François.

Observation dans laquelle la sclérose tubéreuse était évidente, mais où les troubles osseux faisaient discuter la possibilité, soit d'une maladie de Paget (malgré le taux normal des phosphatases alcalines), soit d'une localisation osseuse de la maladie de Bourneville.

Premiers essais d'artériographie cérébrale à enregistrement cinématographique, par MM. Pocher, J. Guillaume et R. Rogé.

Trois enregistrements cinégraphiques d'angiographie cérébrale, de tels enregistrements étant faits en France pour la première fois. Par cette méthode, la dynamique circulatoire du cerveau peut être étudiée ; ce qui enrichira nos connaissances physiologiques et physio-pathologiques

Gliose méningo-cérébelleuse et maladie de Recklinghausen, par MM. J. de Ajuriaguerra, M. David et Mlle F. Haguenau.

Les auteurs rapportent deux observations. Dans les deux cas, il existe une gliose à prédominance astrocytaire exubérante, des ponts fibrillaires névrogliques émergeant des fibres tangentielles infiltrant le tissu arachnoïdien, un polymorphisme de la composante gliale, tantôt fibrillaire, tantôt organoïde, tantôt enfin véritablement gliomateuse.

Dans les deux cas, une maladie de Recklinghausen était associée, ce qui pose le problème des dysgénésies prolifératives. Ici, il doit s'agir d'une dysplasie à potentialité blastomateuse.

A propos de la pauvreté des signes électriques dans un volumineux méningiome olfactif, par MM. J. Le Beau et M. Dondey.

A propos de ce cas, les auteurs ont dépouillé 50 observations de méningiomes vérifiés histologiquement. La classique discordance électro-clinique ne s'est retrouvée, en fait, que dans 12 % des cas, qui tous étaient des cas de méningiome para-sagittal sauf le cas actuel de méningiome frontal. Jamais, les auteurs n'ont trouvé de silence électrique dans les méningiomes.

Myasthénie, anémie aplastique et tumeur du thymus. A propos d'une observation poursuivie depuis 13 ans, par M. A. Thévenard et Mlle J.-M. Marquès.

Triade symptomatique chez une femme. La myasthénie a été très fortement améliorée par une énervation sinu-carotidienne bilatérale pratiquée en 1943 et 1944. L'aplasie médullaire a été remplacée, après la dernière intervention, par une hypoplasie érythrocytaire actuellement persistante. La tumeur, vraisemblablement thymique, n'a été dépistée que neuf ans plus tard, quand fut faite une seconde série d'examens radiographiques. Association rare (deux cas dans la littérature). Elle n'a été retrouvée chez aucun des neuf autres malades étudiés à ce point de vue par les auteurs.

Maladie de Wilson. Apparition de signes neurologiques 3 ans après l'installation d'une cirrhose hypersplénomégalique, par MM. M. Lamy, J. Nick, Mlle M.-L. Jammet, MM. M. Aussanaire et A. Grasset.

Les auteurs attirent l'attention sur la gravité toute spéciale de l'atteinte hépato-splénique et sur le caractère monstrueux de cette splénomégalie (25 cm. × 15 cm.) chez un enfant de 13 ans, ce qui est exceptionnel dans la maladie de Wilson.

Dermatomyosite subaiguë immédiatement précédée par une hémiplégie, brusque, par MM. J. Nick, F. Contamin et R. Marteau.

Malade chez lequel l'éruption (éléments érythémateux, télangiectasiques et atrophiques) siège à la face et sur les membres, et où la myosite, de topographie rhizomélique, s'accompagne de courbature et de diminution de force. Les réflexes et la contraction idio-musculaire sont conservés. Diagnostic confirmé par les examens para-cliniques. L'intérêt de cette observation réside dans la précession d'une hémiplégie de type vasculaire.

A propos de l'association « Dyssynergia cerebellaris myoclonica » de Ramsay-Hunt et maladie de Friedreich. Etude clinique et électromyographique, par MM. Th. Alajouanine, J. Scherrer, F. Contamin, R. Marteau et J. Calvet.

Malade de 31 ans, chez lequel s'associent : grand syndrome cérébelleux à prédominance cinétique, syndrome cordonal postérieur, syndrome pyramidal discret, troubles complexes de la motricité (amimie, paralysie de l'élévation du regard), déficit intellectuel important et global, et secousses musculaires. Ces dernières, dont certaines paraissent fasciculaires et d'autres myocloniques (mais différentes des myoclonies épileptiques), ont été étudiées électromyographiquement.

Polynévrites au cours de traitements par l'I.N.H., par MM. J. Boudouresques, P. Navarrane et J. Roger.

Deux cas de polynévrite après traitement par l'isoniazide. Dans un cas, la dose avait été de 32 gr. en deux mois, et dans l'autre, de 110 gr. en six mois. Il s'est toujours agi d'une polynévrite sensitivo-motrice distale, d'évolution longue, mais favorable. Dans les deux cas, l'isoniazide semble être la seule étiologie à retenir ; mais le terrain semble avoir préparé l'accident nerveux car les deux malades avaient des antécédents éthyliques anciens et certains.

Le traitement de certaines affections neurologiques chroniques par l'injection sous-arachnoïdienne d'hydrocortisone. Premiers résultats, par MM. J. Sigwald, D. Bouttier et C. Raymondeaud.

Résultats obtenus chez douze malades (7 S.E.P., deux tabès, une paraplégie d'Erb, une pachyméningite tuberculeuse avec paraplégie, une radiculo-névrite subaiguë ascendante). L'hydrocortisone fut injectée environ tous les deux jours aux doses de 50 à 100 mgr. La tolérance fut bonne. Il n'y eut

que trois cas de réaction méningée clinique sur environ 200 injections. Les résultats cliniques sont intéressants. Les malades ne sont pas guéris, mais leur état fonctionnel est constamment amélioré. Cette thérapeutique, toujours à l'étude, peut, dès maintenant, être appliquée là où les autres méthodes sont devenues inefficaces.

Etude comparative de l'action sur la contracture pyramidale d'une phénothiazine, d'un curarisant et d'un barbiturique, par MM. J. Sigwald, Nicolas-Charles et Bamberger.

Etude de trois cas de paraplégie avec contractures. La phénothiazine (chlorhydrate de chloro-3 (diéthyl-amino-3'-propyl-10-phénothiazine) réduit l'hypertonie, l'hyperréflectivité, le clonus, la force musculaire, mais n'agit pas sur les territoires normaux. Le curarisant (gallamine), au contraire, a un très bon effet sur la contracture, mais étend ses effets à la musculature des territoires indemnes, ce qui, joint à ses actions secondaires, restreint son emploi. Enfin, le penthiobarbital inhibe l'hypertonie pyramidale, mais provoque le sommeil.

La phénothiazine et le curarisant dissocient le syndrome para-pyramidal (hyperréflectivité, clonus, contracture) du syndrome ortho-pyramidal (signe de Babinski, triple retrait).

Société suisse de psychiatrie

(St-Pirminsberg-Pfäfers, 11-12 juin 1955)

Présidence : M. le professeur W. BOVEN, président

Sujet à l'ordre du jour : « La formation des étudiants et des spécialistes en psychiatrie ».

Rapports

Résultats d'une enquête parmi les étudiants,
par le Dr P. B. Schneider (de Lausanne).

Un enseignement de psychologie médicale est désiré, de même qu'en fin d'études un enseignement de psychothérapie. « La psychologie médicale est envisagée comme la connaissance générale du développement psychique et de la structure du caractère de l'homme et la psychothérapie comme une méthode de traitement qui intervient dès que l'acte médical devient une rencontre humaine. »

Fondements et caractéristiques de la profession du psychiatre,
par le Dr Roland Kuhn (de Münsterlingen, Thurgovie).

L'auteur décrit les bases scientifiques de la psychiatrie dont l'essentielle est la connaissance de l'homme dans son acception la plus large. Il insiste surtout sur les qualités personnelles, la richesse intérieure qu'implique la profession de psychiatre.

Modalités selon lesquelles doivent être formés des psychothérapeutes,
par le professeur Gustave Bally (de Zurich).

Ni la faculté de médecine, ni celle de philosophie, ni celle de droit ne peuvent actuellement se charger de cette formation. Un institut spécial vient de se fonder à Zurich dans ce but, comme il en existe déjà aux Etats-Unis d'Amérique, à Vienne, Berlin, Paris.

Communications

Expériences avec un nouveau neuroplégique, le N.P. 207 Sandoz,
par les Drs Rémy (de Marsens) et F. Labhardt (de Bâle).

L'introduction des neuroplégiques dans les asiles d'aliénés transforme l'atmosphère en améliorant le comportement des malades chroniques agités.

L'utilisation des neuroplégiques en psychothérapie,
par le Dr Ch. Durand (de Prangins).

Ces neuroplégiques, en l'espèce la chlorpromazine, peuvent être utiles en psychothérapie. Ce médicament n'est pas un « traitement » de la névrose, mais ouvre une méthode d'approche psychothérapeutique.

Psychothérapies psychanalytiques, par le Dr Marcel Roch (de Lausanne).

Psychothérapie de la micropsie et de la macropsie, par le Dr Christian Müller (de Céry).

Recherches psychosomatiques dans les conflits conjugaux, par le Dr Léon Duc.

Problème socio-psychiatrique que soulève le contrôle des naissances, par le Dr Alfred Glaus (de Zurich).

Considérations sur le comportement de l'individu en face des événements de l'existence, par le professeur Eugène Kahn (de Houston, Texas).

Notion du temps en psychothérapie, par le Dr Heinrich Fierz (de Kreuzlingen).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

LIII^e session (Nice, 5-11 septembre 1955)

Présidence : M. le professeur Th. ALAJOUANINE (de Paris)

La *53^e session* du *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* s'est tenue à *Nice*, sous la *présidence* du professeur Th. ALAJOUANINE qui a fait, à la séance inaugurale, une leçon d'un très grand intérêt, et d'une langue harmonieuse, sur le sujet suivant : « L'homme n'est-il qu'un robot ? Considérations sur l'importance de l'automaticité dans les fonctions nerveuses. » Par une délicate attention, M. Jean MÉDECIN, député-maire de Nice, secrétaire d'Etat à la Présidence du Conseil, à qui revenait la présidence de cette séance, s'était effacé devant son premier adjoint, le professeur Jean LÉPINE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lyon, et ancien président du Congrès, qui sut, à la même séance inaugurale, dire en termes heureux sa joie d'accueillir officiellement, à Nice, ses collègues. Au professeur A. HESNARD, *vice-président*, est revenu l'honneur de retracer la carrière et les travaux du regretté professeur E. RÉGIS, dont le congrès célébra le centenaire au cours d'une session très brillante, organisée par le D^r Paul COSSA, *secrétaire général*, assisté de MM. les D^rs M. BERTHON et P. RANCOULE, *secrétaires annuels*, le D^r P. CHARON étant, comme les années précédentes, *trésorier* de l'Association. Huit séances de travail de quatre heures chacune ont occupé les congressistes durant une semaine. Les rapports suivants ont été discutés et traités :

« Les psychoses collectives », par le médecin-colonel J. HAMON, professeur au Val-de-Grâce.

« La fin de la syphilis nerveuse », par le professeur agrégé BOUDIN, de Paris.

« L'aveu », par le Dr G. Deshaies, médecin-chef à la Maison nationale de Saint-Maurice (Seine).

Plus de quatre-vingts communications ont été d'autre part présentées sur des sujets divers de neurologie et de psychiatrie.

De brillantes *réceptions* furent offertes aux 400 membres qui prirent part à la session : par la ville de Nice, en une soirée dansante à la villa Masséna ; par l'hôpital psychiatrique de Sainte-Marie-de-l'Assomption à un déjeuner ; par la ville de Cannes au Palais du Festival. Un concert de musique de chambre a été offert par la Villa Saint-Luc au Cloître franciscain de Cimiez. Une *excursion* a conduit tous les participants en haute montagne à Beuil-Valberg, par les gorges du Cians et les gorges de Daluis. Enfin, les municipalités de Grasse, de Menton, de Monaco, ont accueilli ceux des congressistes que ne retenaient pas au Centre universitaire les séances de travail.

I. RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Les psychoses collectives, par le médecin colonel J. Hamon.

Cette expression qualifie assez communément des phénomènes collectifs aberrants par rapport à l'idée que l'on se fait d'un ordre dit normal, pourvu que l'on y distingue une composante mentale qui ne saurait jamais en être absente. Psychologique et psycho-pathologique sont, par définition même, de l'ordre individuel, de l'ordre de la personne. Certaines manifestations psychopathiques qui se développent à l'intérieur de collectivités closes, comme la collectivité familiale, constituent des types cliniques bien établis (J.-P. Falret, Lasègue, etc.). En est-il ainsi dans des collectivités plus vastes, moins bien délimitées ? Les « psychoses collectives » ne sont-elles, que la simple extension au social, d'un même facteur psycho-pathologique ? N'y a-t-il pas, venant du social ou du collectif — de la vie du social ou de la vie du collectif —, des influences pathogènes auxquelles on puisse imputer des phénomènes d'ordre collectif? Le social a sa spécificité propre (Durkheim). La diversité, la multiplicité des groupes sociaux, non nécessairement et non intégralement fondus, imposent une observation d'ensemble. En dehors des structures, des institutions, des traditions, des conventions, il y a l'élément humain et vivant, spontané et imprévisible. La vie collective a des modes d'expression qui lui sont propres, distincts des modes d'expression individuels. Aussi doit-on rechercher des éclaircissements éventuels, tant dans les grands concepts des sciences sociologiques que dans les études diverses, ressortissant à l'analyse psycho-sociale, plus fragmentaires mais peut-être plus proches de la réalité de la vie des groupes sociaux. Sont rappelés les travaux de l'école sociologique française, notamment ceux de M. Gurvitch, de certaines écoles étrangères sur les rapports inter-individuels, les interactions mentales, les classes, etc... Aussi déterministes, métaphysiques ou psychologiques qu'elles puissent être, toutes les grandes thèses doivent être retenues, comme autant de modes de « saisie » des problèmes fondamentaux. L'analyse psycho-sociale fait appel à des disciplines variées (psychologie, psycho-pathologie, ethnologie, psychanalyse, sciences juridi-

ques et historiques, etc...). Les doctrines de totem et tabou, de l'inconscient collectif, nous introduisent dans les dimensions inconscientes de l'activité humaine. Les plus suggestifs des travaux d'ensemble concernent les attitudes collectives (R. Girod), telles que les montrent deux grandes enquêtes américaines, American Dilemma et American Soldiers. L'expérimentation se préoccupe des motivations collectives, de l'organisation des rapports interindividuels dans les structures (Festinger et Thibaut, Bovard, etc...), etc... ; mais rien ne conduit à la donnée explicative univoque : ne sont possibles que des synthèses limitées et partielles, imposées par la spécificité des faits (D. Lagache). Tous les phénomènes dont il sera parlé, si différents les uns des autres, sont à observer — au-delà du stable, de l'ordonné, du progressif, qui caractérisent le social organisé — par rapport au tout, à l'ensemble de la vie humaine, à la signification que chacun lui attribue.

1° *Epidémies psychiques connues comme faits historiques :* l'accent est mis sur certaines conditions de diffusion, directe ou indirecte, dans l'histoire de la sorcellerie du pays de Labourd, dans l'épisode des Ursulines de Loudun, groupe restreint où se manifestèrent l'intervention des exorcistes et d'un « meneur de jeu », Laubardemont, — celui des convulsionnaires de Saint-Médard, où l'élément le plus lourd d'influence et le plus net dans sa physionomie clinique, est le couple convulsionnaire-secouriste (A. Borel). Ces « épidémies » sont anciennes, mais elles ont eu des récidives jusque dans la deuxième moitié du XIX^e siècle. La suggestibilité collective est toujours vivace et sera mise en jeu de la même manière, notamment par les mass-media, qui peuvent également agir comme facteurs de contre-suggestion.

2° *Problèmes posés par les psychoses de masses et les états de foule :* l'auteur évoque les travaux des sociologues sur les conduites effervescentes, les conceptions de M. Gurvitch sur les formes de sociabilité. Il insiste sur la distinction entre les masses latentes et les masses agissantes (Vleugels), sur les caractères de l'agressivité sous l'influence d'éléments divers (modifications du milieu, etc...), la désindividualisation, la grégarisation, le « recrutement caractériel » des individus, les prestiges du meneur, meneur inspiré, inducteur d'idéologies psychotiques, ou agent d'exécution. Les foules se forment spontanément ou apparaissent lors de la désagrégation des masses. Elles se séparent du groupe social organisé par la disparition des groupements intermédiaires (Smets), dont l'enchevêtrement et la cohésion soutiennent les structures, par un décloisonnement qui transforme les individus en écorchés sociaux (Dupreel). La contagion mentale est liée à l'existence même de la foule, aux tensions émotionnelles qui y règnent et y constituent un facteur d'accélération considérable des communications.

3° *Les paniques :* elles apparaissent liées à la destructuration des groupes, destructuration dont les modalités sont multiples. La peur de l'inconnu n'y est pas étrangère (exemple de la panique créée aux U.S.A. en 1938 par l'émission radiophonique d'Orson Welles, annonçant une invasion de Martiens) — non plus que les communications de masses. Certains climats sociaux (désastre) exercent une influence unifiante, pénétrante et dominatrice sur les consciences obnubilées, revenues, sous le coup de l'événement, au stade émotionnel pur, et projetant vers les autres leur état de souffrance individuelle en même temps que l'événement est perçu comme les frappant directement. Le moment critique qui sépare le comportement intégré du désarroi

total est obscur et indéchiffrable. Le rôle de certaines individualités psychopathiques, vectrices d'anxiété, est prééminent. Nous ne connaissons pas, toutefois, les seuils de résistance à l'émotion des sujets dits normaux.

4° *Etats collectifs à caractères pathologiques et à thèmes religieux :* sont retenus essentiellement certains mouvements mystiques collectifs (exemple du réveil religieux du Pays de Galles, cf. Rogues de Fursac), qui apparaissent surtout comme la mise en œuvre et la culture systématique d'une effervescence émotionnelle, devenant fin et fin en soi. L'étude psycho-sociale des sectes est à poursuivre (conditions de vie déprimantes, etc...), parallèlement à l'étude de leurs animateurs, intervenant comme meneurs ou inducteurs formant parfois, au centre même de la secte, de petits groupes extrêmement actifs. Psychopathes, délirants authentiques s'y rencontrent avec une grande fréquence (G. Heuyer, J. Delay, etc...). Hors du débat sont les groupements qui se sont progressivement transformés en de véritables institutions, animées d'une spiritualité réelle et intégrées plus ou moins étroitement au social. « La secte est un groupement protestataire qui n'accepte point l'espèce de compromis passé entre l'église ou la confession et la société. » (H. Labbens).

Tous ces phénomènes disparates débordent les cadres des institutions et des structures, ils constituent l'irrégulier. Leur détermination repose pour une part variable, mais effective, sur le caractère morbide des relations interindividuelles. Il reste entendu cependant que l'élément psycho-pathologique proprement dit n'est saisi et ne peut être saisi que chez l'individu. Et ce sont bien les « initiatives » individuelles qui donnent le fil directeur, tout au moins pendant un certain temps, de la série. Transformations sociales, niveaux de culture, institutions, climats et mentalités, rien ne peut être éludé de tous ces éléments que seule permet d'aborder une prospection systématique.

Equivalents mineurs et manifestations larvées des grands paroxysmes collectifs surgissent à des niveaux différents, s'intriquant parfois étroitement avec les faits de civilisation, perturbant la vie des groupes. Ce n'est plus le contact humain harmonieux (E. Minkowski), ce sont les inter-réactions illimitées (G. de Clérambault) dues aux communications irrationnelles de la contagion mentale. Le troisième pouvoir qu'est le social (H. Baruk) peut aussi être, dans son ordre directeur, atteint par le pathologique. S'ouvrent ainsi les perspectives d'une psychiatrie sociale. Ce n'est que sur le plan des considérations psychologiques concernant l'individu, dans ses dimensions profondes et sociales, que nous pourrons prendre pied.

Discussion du rapport de psychiatrie

M. H. Aubin (de Clermont-Ferrand). — Le rapporteur a esquissé avec bonheur une sociologie pathologique. Il ne faudrait pas y intégrer certaines réactions relevant de l'ethnographie (danses de possession) ou de la criminologie (masses criminelles). Il est bon de définir d'abord l'état de santé d'un groupe. Il nous paraît caractérisé par les notions d'équilibre et de dynamisme ascensionnel, le pathologique comportant, par contre, un retour aux structures archaïques ou infantiles. Rappel de l'histoire du curé de Bonbon, psychose collective authentique.

M. E. Minkowski (de Paris). — L'individuel et le social se rejoignent dans la vie. Chacun d'eux se meut pourtant en perspective sur des données distinctes. La psychiatrie, tout en étudiant les délires à deux, de même que les « couples » et les structures familiales, se situe davantage sur le versant personnel. De là ses problèmes, mais aussi ses limites. Il faut se garder de donner une extension trop grande aux notions psychiatriques. Cela concerne en particulier les « psychoses collectives ». Le « social », de son côté, n'est pas exempt « d'ambiguité (J. Hamon). La foule et ses réactions, par leur destructuration, s'écartent du social. Les manifestations collectives aberrantes à thème religieux, allant jusqu'aux sectes, mettent dans l'embarras quand il s'agit de déterminer le « normal », auquel il y a lieu de les mesurer. Quant aux mouvements de masses que l'histoire a à enregistrer, ils ne se ramènent point à la psychopathologie mais, pour « aberrants » qu'ils soient, placés sur la grande arène de la vie, dépassent le « médical », quantité d'autres facteurs entrant en ligne de compte.

M. J.-M. Sutter (d'Alger). — pense qu'une classification des faits assez disparates groupés sous le nom de psychoses collectives pourrait être réalisée en prenant pour base le degré de profondeur de la destructuration individuelle. Il insiste sur l'importance de cette destructuration dans le domaine de la personnalité morale et trouve en elle l'explication du rôle joué par l'émotion qui, en elle-même, n'est pas nécessairement « désadaptante ». Il évoque enfin le problème de la prophylaxie.

M. Yves Porc'her (de Paris). — fait remarquer que tout concept religieux est basé sur la croyance en une vérité révélée. Il étudie, à la lumière des travaux de Konrad Lorenz, le caractère de ce phénomène dans ses rapports avec l'intuition. Il insiste sur les mécanismes physiologiques, absolument inconscients, inanalysables par introspection et incontrôlables par la critique consciente, qui apportent à la conscience des réponses élaborées ayant le caractère de vérités évidentes alors même, car ces mécanismes sont faillibles, il peut s'agir d'illusions ou d'erreurs. Il y a des gens bien doués, de temps en temps un génie, mais plus encore des illuminés et des esprits faux.

M. H. Cénac-Thaly (de Dury-lès-Amiens). — souligne l'intérêt de l'utilisation par le psychiatre des concepts de la sociologie et de la psychologie sociale. Certes, le psychiatre s'intéresse avant tout à la sociabilité de l'individu, mais les relations inter-individuelles l'amènent à s'occuper du groupe social. Si le groupe familial retient son attention, il ne lui faut pas négliger l'apport sociométrique de Moreno et la notion des facteurs préférentiels. En ce qui concerne les sociétés globales, leur fonctionnement semble échapper à la compétence du psychiatre, mais ce dernier pourra apporter sa contribution à la sociologie.

M. A. Favre (de Genève). — M. J. Hamon a bien souligné les caractéristiques de l'état de foule, tel que M. Dupreel l'avait décrit en 1934 au Centre international de synthèse. Dans l'état de foule, considéré comme un « groupe à l'état naissant et en train de finir », peuvent être libérés à un moment

inopportun un instinct ou une tendance psychopathique. Ainsi, chez les animaux, peuvent se déclencher fortuitement des migrations à impasse, telle que celle de 450 millions d'écureuils, progressivement et nettement en état de psychose, avec finalement l'anéantissement total de tout le groupe.

Cette notion d'état de foule ou de déstructuration progressive permet à ce niveau la comparaison entre l'origine de certaines psychoses collectives chez les hommes et chez les animaux.

Ont également pris part à la discussion : MM. A. Hesnard (de Toulon), A. Charlin (de Besançon), M. Leconte (de Maison-Blanche), S. Vivès (de Barcelone), A. Fribourg-Blanc (de Grenoble), A. Repond (de Malévoz-Monthey).

Communications sur le sujet du rapport de psychiatrie

A propos des délires induits de l'enfant, par M. Léon Michaux (de Paris).

On sait la rareté du délire chez l'enfant. Du moins sa suggestibilité, son infériorité intellectuelle, son émotivité, la cohabitation continue avec les parents délirants, l'hérédité psychopathique, sembleraient-ils en faire un candidat tout désigné pour le délire induit. Il n'en est rien, celui-ci est aussi exceptionnel chez lui qu'est grande son accessibilité à la mystification. Le premier augmente, la dernière diminue avec l'âge. C'est qu'un délire, même induit, ne s'assimile pas « tout digéré » ; il suppose de la part de l'induit des conditions de concentration idéique, de persévérance thématique et de conviction qui manquent à l'enfant et le préservent du délire.

Observation d'une famille délirante induite par la mère, épileptique temporale, par M. J. Delay, Mme T. Lempérière et M. R. Escourolle.

Observation d'un délire familial de persécution. Le thème : intoxication criminelle par des gaz, a été fourni par la mère, qui présente une épilepsie temporale avec hallucinations olfactives. Les auteurs insistent sur la forte cohésion du milieu familial, la difficulté de dissocier les éléments délirants actifs et passifs, la résistance d'un enfant sain à demi-émancipé du milieu familial, au délire de ses parents et de ses frères.

Un cas de psychose collective : les massacres de septembre 1792, par MM. G. Heuyer et J. Caron (de Paris).

Dans la plupart des psychoses collectives, il y a un élément inducteur : l'instigateur, le meneur, personne définie, et un élément induit, le groupe, animé d'un esprit collectif. Dans d'autres cas, il n'y a pas de meneur, de chef, pas d'organisation préalable. Il s'agit d'une action de masse résultant non des préparatifs mais d'une préparation mentale effective dans laquelle on ne peut discerner le jeu d'initiatives individuelles ou de groupe. C'est le cas des massacres de septembre 1792, comme le démontrent les travaux de M. Pierre Caron. Les auteurs rappellent la description des massacres. Dans la recherche des responsabilités, ils écartent la thèse de l'organisation administrative, le rôle de l'Assemblée législative et des individus : Danton et Marat. Ils mettent en lumière le rôle de la presse, que l'on voit apparaître

pour la première fois dans la contagion collective. Puis, ce fut acte de masse résultant d'une préparation mentale collective dans laquelle ont joué la peur de l'invasion étrangère et la conviction, peut-être erronée, que les prisonniers du 10 août complotaient pour détruire la Révolution.

Les psychoses collectives. Rôle de l'instigateur et des circonstances, par M. G. Heuyer (de Paris).

Il y a psychose collective quand l'idée délirante émise par l'un des membres du groupe, répandue par l'un des mécanismes multiples de la contagion collective, apporte au groupe social une perturbation qui risque de désagréger la vie sociale rationnellement organisée.

Dans l'étude des psychoses collectives, la psychiatrie peut apporter des clartés en partant du délire à deux avec les éléments inducteur et induit. L'instigateur, le meneur, déterminent le fait de contagion. Dans les circonstances d'éclosion, le rôle de la peur est dominant. Dans les circonstances de la contagion de la psychose collective, à notre époque, il faut tenir compte surtout du rôle de la presse et de la radio, accessoirement du cinéma. Ces notions sont importantes pour la prévention des psychoses collectives.

Délire à deux d'un ménage de mélancoliques. Dissociation de l'induction et de la direction délirantes, par M. Léon Michaux et Mme Villiaumey (de Paris).

Dans la plupart des cas de délire à deux, l'inducteur est l'élément actif, l'induit l'élément passif. La règle n'est pas absolue. Les auteurs rapportent l'observation de deux mélancoliques délirants. L'inducteur : l'amant, intelligent, paranoïaque, très déprimé et très anxieux. L'induite : la maîtresse, débile, mais moins profondément mélancolique, moins accablée. C'est la débile induite qui prend la direction du délire. Le niveau intellectuel désigne l'inducteur ; l'état thymique et l'expansivité désignent le sujet actif du délire.

Les réactions psychiques au tremblement de terre d'Orléansville-Tenès, par M. Maurice Porot (d'Alger).

A la sidération psychique qui a suivi le séisme ont succédé des réactions de panique et d'anxiété extrême, des crises hystériformes, un état de tension anxieuse avec insomnie et terreurs nocturnes, des manifestations allergiques somatiques (syndrome de Bywaters et œdème de Quincke). Les psychoses réactionnelles ont été, en fait, moins nombreuses qu'on aurait pu le craindre.

Quelques observations de délire à deux, par MM. J. Alliez, M. Dongier et R. Pujol (de Marseille)

Les auteurs présentent cinq observations de délire à deux classique, et en séparent une sixième, pseudo-délire à trois où, en fait, un seul des sujets pouvait être considéré comme véritablement délirant. Ils soulignent ainsi l'importance qu'il y a à prendre connaissance des croyances répandues dans

le milieu ambiant avant de porter le diagnostic de délire collectif. Ils critiquent d'autre part l'usage abusif du terme de psychose collective. La fréquence des réactions anxieuses de groupe, voire le développement de croyances invraisemblables partagées par une collectivité, témoignent simplement à leurs yeux de l'ubiquité de l'angoisse et de l'immaturité affective dans des populations théoriquement parvenues à un degré avancé de civilisation.

Eclosion d'un délire à deux identique de contenu et de structure chez deux sœurs séparément et successivement placées dans les mêmes conditions sociales, par M. H. Maurel et Mlle Wilhelm (de Rouffach).

Rappelant les conceptions classiques de Lasègue-Falret et de Régis sur la « folie communiquée » et la « folie simultanée », les auteurs rapportent une observation de double délire de revendication, identique de contenu et de structure, qui survint, à plusieurs années de distance, chez deux sœurs séparées depuis plus de trente ans. Ils insistent sur le caractère exceptionnel de telles conditions étiologiques dans l'éclosion des délires à deux et admettent l'indépendance des deux psychoses. Le mécanisme de la « contagion mentale » ne pouvant être retenu ici, en raison de l'absence d'une cohabitation prolongée, l'identité de contenu s'expliquerait par la similitude des circonstances où les malades se trouvaient placées, au moment de la constitution de leur délire.

Observations présentées, par MM. J. Bonhomme et J.-F. Buisson (de Sceaux).

Deux observations de contagion mentale survenues dans de curieuses conditions.

La première observation concerne une famille de quatre personnes : la mère arrive progressivement au délire de persécution contre son mari comme réaction au caractère difficile de celui-ci : elle contamine ses trois filles d'une façon d'autant plus grave qu'elles sont restées plus longtemps sous son influence, la troisième étant plus atteinte que les deux autres — aucune réaction chez aucune d'elles : les quatre malades sont très intelligentes.

La deuxième observation concerne un délire induit chez une personne intelligente par sa fille, débile paranoïde. Celle-ci meurt de granulie : guérison instantanée de la mère.

Délire collectif de sorcellerie, par MM. Maurice Letailleur, Jean Demay et Jean Morin (de Clermont-de-l'Oise).

Evolution en milieu rural normand d'un délire de persécution né de conflits d'argent. Cette psychose tire son intérêt de son extension progressive à toute une famille puis à une fraction d'un village normand. Elle est surtout remarquable par la part prépondérante qu'y occupent des convictions et des pratiques de sorcellerie relevant de croyances et d'habitudes anachroniques, mais vivaces dans ces régions.

Thèmes idéiques analogues chez tous les personnages du microgroupe mais variations de la symptomatologie et de la couleur avec les composantes psychologiques propres à chaque malade. Après des réactions diverses : menaces, plaintes aux autorités, tentatives de transactions avec le « clan

des sorciers » dûment reconnues dans leur identité, leurs méthodes et leurs « malfaits », mais avant tout consultations multiples de thaumaturges et conjurations magiques ruineuses. Le chef de famille devait blesser un de ses persécuteurs tandis que sa femme se suicidait. Le persécuteur principal, « la sorcière », est une femme atteinte également de délire d'influence à thème de sorcellerie. Les auteurs retrouvent, à propos de cet exemple « d'aliénation en reflets », les grandes lois de la contagion mentale.

Défense et illustration de la folie simultanée de Régis, par M. G. Daumézon (de Paris).

L'attitude traditionnelle qui consiste à expliquer un délire à plusieurs par la simple crédulité relève d'une psychologie intellectualiste simpliste. A l'aide d'une observation où les raisons psychologiques des divers protagonistes d'un délire à plusieurs sont particulièrement individualisées, l'auteur tend à prouver que, dans tous les cas de délire à plusieurs, la tâche du médecin consiste à analyser et à traiter la psychose que présente chaque participant. Il montre que, faute de l'avoir fait, souvent le prétendu induit tombe seul à brève échéance dans de nouveaux avatars psychiatriques.

Délire à deux et à plusieurs : étude de 22 familles délirantes, par MM. J. Delay, P. Deniker, P. Pichot, Mlle T. Empérière et M. R. Sadoun (de Paris).

Etude psychologique d'un groupe d'adeptes d'une secte religieuse, par MM. J. Delay, P. Pichot, R. Sadoun, J.-F. Buisson et J. Perse (de Paris).

Considération sur les délires à deux et à plusieurs, par MM. J. Delay, P. Deniker, P. Pichot, Mlle T. Lempérière et M. R. Sadoun (de Paris).

Un cas de délire collectif, par M. L. Vallade (d'Aix-en-Provence).

Réponse du rapporteur

M. le médecin-colonel J. Hamon. — Je vous remercie de la grande bienveillance et de l'attention avec laquelle vous m'avez écouté. La qualité même des argumentations qui ont été faites souligne l'importance du problème. Et chacun a pu apporter, à ce qui n'était qu'une tentative de présentation d'ensemble et de mise au point, le résultat de ses conceptions ou de ses méditations personnelles.

Il est fort malaisé de répondre d'une manière synthétique lorsqu'il s'agit de débats portant sur l'essentiel.

Sans doute pourrait-on distinguer, parmi les différents auteurs qui sont intervenus dans la discussion, les partisans d'une psychiatrie sociale, ceux qui y sont opposés, et ceux qui, en ce domaine, gardent une attitude de réserve éclairée au nom d'une immense expérience et d'un sens profond de l'humain. Mais il m'apparaît que les idées en jeu sont trop importantes pour pouvoir être réduites à des raccourcis simplificateurs qui nuiraient aux nuances que chacun donne à sa pensée. Et je préfère reprendre ce qui a été dit, qu'il s'agisse d'objections de fond, de forme — ou de compléments apportés à l'étude des faits.

M. H. Aubin ne rejette nullement la possibilité d'une sociologie psychopathologique, et, pour étudier les masses et les foules, ne négligerait pas l'appoint des sciences criminologiques. Pour lui, comme pour nous, la psychologie des groupes est à traiter avec toutes les méthodes et les ressources d'observation possibles. On devra chercher à mettre en évidence les facteurs de désadaptation. C'est en effet, parmi d'autres, une question qui doit être présente à nos esprits : dans quelle mesure tel sujet est-il adapté et intégré à son groupe ? Dans quelle mesure un groupe est-il adapté et intégré à la collectivité plus grande dont il fait partie ?

Nous n'avons pas insisté, comme nous l'aurions voulu, sur l'importance de certains groupes sociaux — non pas des grands collectifs mais des groupements intermédiaires, tels que les envisage Smets, et des petits groupes qui constituent bien les niveaux, soit de rupture, soit de cohésion, avec la société environnante. Leur défaillance est à l'origine des désastres et des paniques, leur résistance permet de les surmonter ou d'en atténuer les conséquences.

N'ai-je pas suffisamment indiqué le rôle considérable que j'attribuais aux relations inter-individuelles dans tous ces phénomènes, pour que M. A. Hesnard m'ait reproché de vouloir m'en tenir au plan strictement individuel ? Il est bien dans notre esprit, comme dans notre texte, de fonder l'étude essentielle sur les relations inter-individuelles. La psychologie spécifique est dépassée. L'orientation générale de notre rapport montre combien nous avons recherché les voies d'issue possibles à une réclusion individualiste qui n'a jamais correspondu aux réalités de la vie. Pour mieux préciser ma pensée, j'affirme qu'il n'est pas possible de situer notre vie, sans situer en même temps la vie du groupe ou des groupes auxquels nous appartenons. Parallèlement, prenons conscience de l'infinie complexité des problèmes et souhaitons que les sociologies, les philosophies nous apportent des vues dégagées de l'individuel, des considérations philosophiques d'ordre général, telles que M. A. Hesnard a bien voulu nous les rappeler, sur l'intersubjectivité, le lien inter-humain qui nous rapproche de la coexistence primordiale — et qui nous permettent de mieux appréhender les problèmes dans ce qu'ils ont d'essentiel.

Mon excuse sera empreinte de la plus grande banalité. C'est de propos délibéré que nous n'avons pas abordé toutes ces conceptions d'ailleurs nombreuses, qui eussent nécessité un autre rapport et un rapport d'un tout autre esprit — au risque en effet de paraître un peu trop historique et descriptif. Notre dessein, en pareille matière, ne pouvait être que limité.

Je remercie vivement M. E. Minkowski de son intervention. Avec une sagesse grande et une pénétrante subtilité, il reste attaché à l'observation clinique, à cette grande masse de choses dont nous avons à connaître en psychiatrie et qui sont de l'ordre de la personne — tout en reconnaissant à celle-ci des dimensions profondes qui restent à élucider dans « ce peuple mal dénombré » qu'est l'être humain. Nous sommes en plein accord avec lui — et pour ne pas ramener à des formules banales, du type de la vulgarisation, des événements ou des manifestations obscures dans leur déterminisme et leur signification — et pour admettre que tout progrès social comporte son revers. La profonde ambiguïté du social domine tout.

Sans doute, n'avons-nous pas parlé beaucoup des psychoses collectives — expression qui, en style psychiatrique, consacre un type clinique bien établi. Mais nous voulions précisément étudier ces manifestations mal connues,

qui sévissent dans la vie des sociétés — ces mouvements collectifs qui surviennent dans un groupe social plus ou moins bien délimité, à la faveur d'éléments pathogènes d'ordre individuel ou collectif qui attaquent alors la vie du groupe par l'effet de la contagion et de la suggestion mentale collective.

J'admets avec M. J. Sutter que le facteur de dégradation éthique intervient dans la destructuration, à des niveaux de profondeur variée — qu'il y a en conséquence, en raison de cet élément, qui n'est pas le seul, toute une hiérarchie dans les déstructurations. Une donnée psychologique, comme celle du simple appauvrissement moral, est essentielle pour donner la mesure de certains phénomènes, qui, pour n'être pas des phénomènes cataclysmiques ou à grand fracas, sont des phénomènes fréquents et étendus dans la vie de nos sociétés.

Il est évident que le caractère de « réponse désorganisée et désorganisante » que je donne à l'émotion concerne particulièrement la peur et ne s'impose que dans des conditions générales de destructuration sociale ou collective, intellectuelle et éthique. Ce n'est que dans cette conjoncture que l'émotion manifeste toute sa force disruptive.

Quant à la prophylaxie, nous ne pouvions l'aborder. C'est un domaine qui dépasse de beaucoup les méthodes que l'on prévoit dans la prévention pratique des paniques. Il n'est autre, en somme, que celui où vient s'inclure le développement des niveaux de culture des groupes humains.

M. A. Charlin nous apporte une étude complémentaire. Il est d'avis, comme nous, de demander à la caractérologie, à la réflexologie, à la sociométrie, des éclaircissements nouveaux. Nous persistons à penser que, sous toutes les réserves indispensables d'ordre doctrinal et logique, c'est bien de ce côté que s'ouvre la voie de l'avenir, dans une prospection légitime, que rien ne peut nous interdire.

M. M. Leconte est opposé à une psychiatrie sociale. Nous respectons ce point de vue. Nous n'avons cependant jamais voulu soutenir qu'une psychopathologie sociale pût se séparer de la psychiatrie médicale individuelle, qui est bien notre nécessaire base de départ. Mais nous devons également demander aux études du milieu social tout ce qu'elles peuvent nous donner — et tout ce que nous ne pouvons ni récuser, ni méconnaître.

Nous retenons comme très dignes d'intérêt les interventions ou communications de M. Y. Porc'her sur l'étude du concept religieux, de M. Favre sur certaines migrations animales qui prennent naissance dans des états de foule, de M. A. Repond sur l'influence de certains archétypes dans la stimulation des imaginations ; de MM. J. Delay, P. Pichot et P. Deniker, et leurs collaborateurs, sur les sectes religieuses ; de M. M. Porot sur les réactions psychiques aux tremblements de terre.

Nous rendons hommage à ce qu'a dit le professeur G. Heuyer, Nous sommes heureux de voir que, comme nous, il estime que la psychiatrie a son droit de regard dans tous les phénomènes sociaux et que nous devons nous diriger vers une psycho-sociologie. La documentation et les considérations très diverses qu'il nous apporte, dans une information déjà ancienne et fort étendue — car la question le passionne depuis longtemps — démontreraient, s'il en était besoin, tout ce que nous sommes en droit de demander au psychiatre, pour être éclairés sur la vie des collectivités.

Nous sommes très reconnaissants à notre maître, le médecin-général-inspecteur A. Fribourg-Blanc de ses paroles — trop élogieuses. Une affection

ancienne nous unit à lui, faite de respect et d'admiration. Notre joie est grande de l'avoir près de nous aujourd'hui.

Le problème que nous avons abordé est immense. En dehors de tout ce que nous avons rappelé — et que ce soit sur le plan du social ou de l'individuel — n'est-ce pas celui du normal et de l'anormal ? En paraphrasant quelque peu Paul Valéry, dont il est juste de saluer ici la mémoire, nous dirons, en clôturant pour le moment le débat : qu'il y a des mouvements collectifs désastreux ou perturbateurs, d'autres qui sont riches d'immenses bienfaits — des mouvements qui portent l'espérance de tout un monde et qui réussissent, et des mouvements qui sont sans avenir.

II. RAPPORT DE NEUROLOGIE

La fin de la syphilis nerveuse, par MM. G. Boudin et L. Durupt (de Paris).

La diminution de fréquence de la syphilis nerveuse est évidente lorsque l'on envisage les diverses statistiques publiées, et les rapporteurs se basent essentiellement sur 200 malades qu'ils ont pu observer à la Clinique neurologique de la Salpêtrière en quatre ans.

Cette diminution de fréquence est due essentiellement à la valeur du dépistage de la syphilis à son stade primo-secondaire et à l'efficacité des thérapeutiques appliquées. Il est exceptionnel, en effet, de trouver un paralytique général ou un tabétique qui ait eu un traitement à l'occasion d'un accident primitif. Généralement, celui-ci a été ignoré ou, s'il a été diagnostiqué, la thérapeutique instituée a été très insuffisante en durée. L'importance d'un diagnostic clinique précoce pour toute syphilis nerveuse est justifiée à l'heure actuelle par l'efficacité thérapeutique à l'appliquer. La certitude clinique se base sur toute une série de symptômes et les rapporteurs insistent sur la fréquence du signe d'Argyll-Robertson, que l'on trouve neuf fois sur dix dans le tabès et trois fois sur quatre dans la paralysie générale.

A cette certitude clinique doit s'ajouter une certitude biologique avec positivité des réactions sérologiques dans le sang comme dans le liquide céphalo-rachidien. Des dissociations sont cependant possibles et les rapporteurs ont pu voir dans 10 % des cas un Bordet-Wassermann négatif dans le sang et positif dans le liquide céphalo-rachidien. La constance de l'atrophie cérébrale ventriculaire et corticale que révèle l'encéphalographie gazeuse est un élément qui montre la diffusion du processus tout comme la réaction cytologique que l'on met en évidence dans le liquide péri-cérébral.

Les rapporteurs insistent sur l'unicité de la syphilis nerveuse, qui permet de rassembler dans une vue d'ensemble pathogénique aussi bien la paralysie générale que le tabès ou les syphilis cérébrales ou médullaires. A cette unicité de la syphilis nerveuse correspond une unicité des thérapeutiques à appliquer. La pénicilline semble, à l'heure actuelle, le meilleur des médicaments et les quelques échecs qui peuvent lui être attribués ne suffisent pas à en diminuer la valeur, mais la pénicilline n'est pas notre seule arme thérapeutique, l'impaludation garde toutes ses indications dans les grandes formes mentales délirantes, et elle doit être systématiquement appliquée lorsque les réactions sérologiques semblent irréductibles.

La difficulté actuelle à entretenir une souche du fait de la diminution du nombre des malades impaludés sera peut-être l'un des obstacles à laisser cette thérapeutique dans le domaine courant.

Le stovarsol sodique garde encore ses indications dans certains cas de paralysie, rebelles ou incomplètement guéris par les autres médications. Les auteurs insistent sur le rôle favorable de thérapeutiques adjuvantes et en particulier sur la corticothérapie, dont ils n'ont encore, à l'heure actuelle, qu'une expérience limitée mais qui pemettra peut-être de faciliter un mortençage des autres thérapeutiques et une modification des phénomènes si complexes de l'allergie syphilitique.

Tous ces faits permettent, à l'heure actuelle, de comprendre la diminution de fréquence de la syphilis nerveuse et peut-être de prévoir, dans l'avenir, une rareté de plus en plus grande de ses accidents, qui dominaient autrefois toute la pathologie neurologique.

Discussion du rapport de neurologie

MM. L. Marçeron et J. Ragu (de Paris). — insistent sur l'influence du traitement précoce de la syphilis pour en prévenir les accidents lointains, mais déplorent que la notion même de la maladie ait disparu du souvenir des praticiens trop optimistes. Ceux-ci, persuadés qu'il s'agit d'un mal historique, n'y pensent même plus devant des accidents primo-secondaires évidents, et cela est à l'origine de syphilis décapitées menaçant gravement le système nerveux et l'appareil vasculaire.

Ils insistent de plus sur la nécessité de ne pas relâcher la surveillance sociale et concluent : « La pénicilline a fait entrer la syphilis dans le brouillard, ce n'est pas le moment de supprimer les radars. »

M. J. Lereboullet (de Paris). — souligne la valeur du test de Nelson, dont la négativité permet en pratique d'éliminer la syphilis nerveuse ; au contraire, les réactions sérologiques classiques, réactions d'évolutivité, sont précieuses pour suivre l'action du traitement. Il confirme la notion d'unicité de la syphilis nerveuse. Au point de vue thérapeutique, la pénicilline a très certainement considérablement amélioré le pourcentage des guérisons. Mais la malariathérapie associée reste indispensable dans un nombre important de cas ; la difficulté est d'entretenir la souche malgré le moindre grand nombre de candidats à l'impaludation.

M. P. Carrette (de Paris). — confirme les conclusions du rapporteur quant aux effets des thérapeutiques, mais croit nécessaire de rappeler les formes torpides, occultes, de syphilis nerveuse, plus nombreuses depuis la pénicilline. Il lui semble que dans toutes ses oscillations historiques la syphilis a effectué, depuis la Renaissance jusqu'à nos jours, des changements de présentation clinique en rapport avec le brassage humain et les avatars du tréponème.

M. J. Dereux (de Lille). — insiste sur l'intérêt qu'il y a à rapprocher, au point de vue aussi bien théorique que pratique, la syphilis cérébrale et la paralysie générale (méningo-encéphalite diffuse). Il attire l'attention sur

l'apparition dans l'évolution de certaines syphilis nerveuses d'accidents qu'il appelle indirects et qui sont dus à des lésions inflammatoires banales se développant sur le terrain syphilitique. Ces lésions réclament un traitement différent de celui de la syphilis nerveuse proprement dite.

M. Fr. Adam (de Rouffach). — fait remarquer qu'il a été longuement question, au cours du débat qui va se terminer, de la « disparition de la syphilis nerveuse ». Et il a été fourni de nombreuses statistiques donnant — à différentes époques — le nombre des syphilis nerveuses dans maints hôpitaux par *rapport au nombre des malades mentaux ou nerveux traités.*

Cela l'intéresserait beaucoup de savoir ce qu'il en est de la « disparition de la syphilis » tout court. Car, s'il y a beaucoup moins de cas de syphilis nerveuses qu'autrefois, le fait peut être dû, et à ce qu'il y a beaucoup moins de cas de syphilis qu'il y a trente ou quarante ans, et à ce que l'on guérit aujourd'hui, ce qui n'était pas le cas il y a cinquante ans quand on était, avec une seule inscription de médecine, infirmier militaire de 2e classe, quand on les soignait à « l'onguent gris ». Les médecins de l'armée coloniale et de la marine pourraient donner des précisions sur la question.

Ont également pris part à la discussion : MM. M. Riser (de Toulouse), M. Bergouignan (de Bordeaux), P. Cossa (de Nice), Xavier Abély (de Paris).

Communications sur le sujet du rapport de neurologie

De la syphilis nerveuse en 1955, par M. M. Riser (de Toulouse) avec la collaboration de MM. J. Géraud, L. Gayral, Becq et J. Laboucarié.

La syphilis nerveuse n'a pas disparu, elle n'est pas encore une maladie historique, et les grandes directives thérapeutiques et prophylactiques qui la concernent ne doivent pas être bouleversées par de nouvelles conceptions qui ne donnent pas, actuellement, toutes garanties.

Il y a assurément une régression du nombre des syphilis nerveuses, surtout en psychiatrie (paralysie générale), mais tout de même pendant les dix-huit derniers mois, nous avons hospitalisé et examiné en clientèle, *en tant que malades nouveaux,* dix paralysies générales chez des adultes, une paralysie générale juvénile, six tabès évoluant dont deux avec névrite optique, deux méningo-artérites évolutives, une méningo-striatite, une méningite aiguë pure et une méningite latente, une méningo-poliomyélite très évolutive.

En ce qui concerne *la prophylaxie de la syphilis nerveuse,* la conception de Ravaut demeure fondamentale, sur le point de la période de latence clinique après la période d'arachnoïdite de la période primo-secondaire. Cela implique un traitement d'attaque suffisant, des examens cliniques réguliers pendant plusieurs années, un examen du liquide céphalo-rachidien huit à dix ans après la contamination.

En fait de traitement de la syphilis nerveuse, la question ne nous paraît pas réglée par les antibiotiques. Autant la pénicillothérapie est indispensable, rapidement efficace à la période d'invasion et même plus tard, autant son action nous paraît moindre, ou même nulle, dans un très grand nombre de cas de syphilis nerveuse à toutes ses périodes. La chimiothérapie clas-

sique conserve ses droits et le stovarsol sa prééminence en fait de méningo-encéphalite. (Rapport d'observations, notamment de cas où la pénicilline a été inefficace alors que la chimiothérapie eut une action rapide et prolongée, et de cas, de paralysie générale, où l'antibiotique, administré d'emblée, a aggravé la situation, qui ne fut reprise en mains que par la chimiothérapie).

D'une manière générale, la pénicilline ne nous paraît pas avoir une action thérapeutique indiscutable sur la syphilis nerveuse évolutive, incipiens même. Certes, nous avons observé quelques cas favorables améliorés par la seule pénicilline. Ils sont rares. Nous ne disons pas que la chimiothérapie la mieux conduite donne constamment des résultats brillants. Nous pensons seulement qu'il est préférable d'attaquer une syphilis nerveuse par la chimiothérapie, notamment la paralysie générale par la cure de 30 gr. de stovarsol. On doit commencer par elle, quitte à la renforcer par la pénicilline, après 10 gr. de stovarsol associé au bismuth.

Sur l'augmentation apparente de la fréquence de la neuro-syphilis parenchymateuse chez l'indigène musulman nord-africain, par MM. E. Hadida, F.-G. Marill et Maurice Porot (d'Alger).

Jusqu'en 1925, la quasi-totalité des neurologues et syphiligraphes s'accordait à admettre que la syphilis de l'indigène évoluait moins souvent que celle de l'Européen vers des manifestations nerveuses. Entre 1901 et 1925, on en signale 78 cas ; de 1926 à 1955, 672. Cette augmentation importante n'est pas due à une mutation soudaine du comportement du tréponème. Elle n'est qu'apparente et a pour cause de nombreux facteurs extérieurs à la nature même des données pathologiques, au premier rang desquels il faut citer la mise en place d'une assistance médicale permettant de meilleures conditions d'observation.

A propos des syphilis nerveuses, par MM. L. Marceron et J. Ragu (de Paris)

Les auteurs rapportent les observations de cinq cas de syphilis nerveuses, recueillis parmi 1.822 malades, placés en surveillance clinique et sérologique.

Ces cinq cas présentent les caractères suivants :

1° ce sont des syphilis nerveuses précoces et évolutives, survenues dans les dix ans qui ont suivi leur accident primaire, ou leurs manifestations primo-secondaires ;

2° ces malades ont suivi le traitement classique, cure de pénicilline suivie de séries de bismuth, régulièrement ;

3° le diagnostic de syphilis nerveuse a pu être chaque fois confirmé par l'examen biologique du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Dans leurs conclusions, les auteurs signalent la relativité d'action du traitement anti-syphilitique actuel, et la nécessité du maintien d'une surveillance prolongée du syphilitique.

La réactivation des syphilis nerveuses par la pénicilline, par MM. L. Gayral, L. Fourny et Mlle H. Stern (de Toulouse).

La réactivation de la syphilis nerveuse par la pénicilline est fréquente, souvent grave.

La pénicilline s'avère même être le réactivateur le plus sensible et le plus puissant de la syphilis nerveuse, au point de pouvoir être utilisée comme moyen de déceler un processus spécifique latent soupçonné, ou pour aider à un diagnostic difficile.

La réactivation de la syphilis nerveuse par la pénicilline s'observe dans toutes les formes de l'atteinte du névraxe par la tréponémose, indépendamment de l'ancienneté de la contamination, des traitements antérieurs non immédiatement préalables, et de l'état général du sujet.

Il s'agit de véritables phénomènes de Herxeimer comprenant la réactivation focale, encéphalite, myélite, syndrome méningé, des signes généraux, notamment la fièvre et l'altération de l'état général dans les formes graves, enfin la réactivation humorale, sur le liquide céphalo-rachidien.

Les auteurs rapportent sept observations (paralysie générale, tabès, méningo-artérites, méningo-névrite cranienne) de cas variés par la forme clinique, l'âge des malades, les conditions d'état général, l'ancienneté de la contamination, l'importance des traitements anti-syphilitiques antérieurs, pour indiquer le caractère très général et sérieux de ces accidents.

Les auteurs concluent en insistant sur la prudence qu'il convient d'avoir dans les indications de la pénicillothérapie en fait de syphilis nerveuse, et sur la mise en œuvre systématique et routinière de la chimiothérapie préalable, puis de l'emploi de doses faibles de pénicilline au début des cures d'antibiotiques, quitte à y renoncer en cas d'intolérance grave.

A propos des syphilis nerveuses observées depuis 1953 à l'hôpital maritime de Sainte-Anne de Toulon, par MM. P.-A. Pasquet, P. Picard, Miqueu, Morin et P. Navarrane (médecins de la Marine).

Cette enquête tend à montrer que la syphilis diminue certes, comme partout, d'une manière spectaculaire ; elle reste cependant un élément à ne pas négliger, comme en témoigne le chiffre de 126 syphilis en 30 mois, surtout primaires et secondaires.

Elle est complétée par les observations de 12 cas de neuro-syphilis retenus sur 4.819 malades, soit un pourcentage de 0,24 %, chiffre vraiment minime.

Elle permet de conclure que la neuro-syphilis est rare mais n'a pas complètement disparu ; dans le service de vénéréologie, elle revêt surtout un aspect biologique, car elle a été, dans tous les cas, une découverte fortuite, chez des malades jamais traités ; dans le service de neuro-psychiatrie, elle retrouve, par contre, ses formes classiques. Ainsi paraît prouvée la valeur préventive des traitements appliqués depuis vingt ans.

L'interprétation du test immobilisation des tréponèmes, son application au diagnostic de la syphilis nerveuse, par MM. A. Fribourg-Blanc (de Grenoble) et A. Fribourg-Blanc (de Paris).

Le test d'immobilisation des tréponèmes (test de Nelson) est devenu un auxiliaire indispensable du diagnostic de la syphilis. Les doutes qu'on a pu

formuler sur la valeur de ce test sont dus à certains résultats entachés d'insuffisances techniques, mais la valeur de ce test est absolue quand il est réalisé avec tous les soins qu'il exige.

Son interprétation doit tenir compte de divers facteurs précis relatifs à la tréponémose, à la spécificité des anticorps immobilisants et au taux de positivité du test dont les auteurs soulignent toute l'importance.

La syphilis nerveuse chez le Noir, par MM. P. Gallais, M. Collomb et G. Miletto (de Marseille).

En sept ans, 17 cas de neuro-syphilis ont été dépistés sur 1.106 malades noirs contre 8 sur 5.582 malades européens. La neuro-syphilis du Noir reste assez rare, mais ne montre pas de tendance à la régression. Les particularités cliniques et les difficultés diagnostiques avec la trypanosomiase et le pian sont discutées.

Syphilis et impaludation chez le Noir, par MM. P. Gallais, M. Collomb et G. Miletto (de Marseille).

Il existe une immunité réelle et complète des Noirs vis-à-vis du paludisme. Elle est prouvée par l'absence de paludisme chez les Noirs transplantés en Extrême-Orient et par l'impossibilité d'inoculer les Noirs paralytiques généraux. Cette immunité n'empêche pas l'évolution des neuro-syphilis et n'a pas de rôle protecteur vis-à-vis de celle-ci.

Aspects actuels de la syphilis nerveuse : étude statistique et critique, par MM. R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge et J. Minvielle (de Montpellier).

Aspects actuels de la neuro-syphilis à Marseille, par MM. Y. Poursines, J. Alliez, J. Roger et G. Ruf (de Marseille).

Remarques à propos de 14 cas de syphilis nerveuse dépistés en deux ans, par MM. J. Oulès et R. Soubrié (de Montauban).

III. RAPPORT DE MEDECINE LEGALE

L'aveu, par M. Gabriel Deshaies, médecin-chef à la Maison nationale de Saint-Maurice (Seine).

Après avoir défini le *thème* de l'aveu, souligné la complexité de cette conduite particulière, apanage de l'*Homo loquens*, et distingué l'aveu de la confession, de la confidence et de la simple déclaration, l'auteur expose les trois aspects principaux : juridique, psychologique, éthico-social, dont l'étude conduit aux applications médico-légales.

Au point de vue *juridique*, la valeur probatoire de l'aveu a subi une évolution intéressante. Schématiquement, quatre périodes peuvent être distinguées : 1° préprobatoire (procédure magique du bouc émissaire, des représailles) ; 2° probatoire religieuse (jugement de Dieu, ordalies, duel judiciaire) ; 3° probatoire ratio-religieuse (mode inquisitorial, nécessité de

l'aveu comme preuve légale, torture légale) ; 4° probatoire morale, actuelle, fondée sur l'intime conviction.

Dans le système juridique actuel existent deux systèmes de procédure, l'un accusatoire (législation anglo-saxonne), l'autre inquisitorial, impliquant une enquête écrite et secrète. En France, le code d'instruction criminelle de 1808 a réglé cette procédure, qui fut très assouplie en faveur de la défense des inculpés par la loi du 8 décembre 1897. En droit, l'aveu n'est plus une preuve nécessaire ni suffisante. Le problème de l'aveu n'est plus juridique, mais psychologique et pratique.

La *psychologie* de l'aveu offre à étudier la situation même, les avouants et les aveux.

La situation est objectivement une situation transitionnelle entre la crise et ses conséquences, l'aveu rétablit l'unité objective de l'événement criminel et restaure la continuité du système social.

Phénoménologiquement, il s'agit d'un drame vécu de la culpabilité. Engagé dans la situation criminelle, le coupable vit un drame interne où la conscience est tour à tour accusatrice et disculpatrice. S'il s'y ajoute le drame externe de l'accusation, le moi résiste assez rarement à cette double contrainte dont il se libère par l'aveu. L'aveu dégage du passé et engage l'avenir. L'univers morbide de la faute, selon l'expression de M. H. Hesnard, crée des situations imaginaires ou symboliques d'accusation, d'aveu, de disculpation.

Passons aux avouants. D'après une statistique personnelle, 80 % des inculpés avouent, 15 % nient constamment, 5 % fournissent des déclarations inconsistantes. Les meurtriers avouent le plus s'ils ont agi par émotion ou par passion. La personnalité compte. La débilité favorise les faux aveux et les rétractations. De même le caractère émotif et impulsif. Les instances affectives profondes, avec leurs expressions symboliques et leur structure éventuellement névropathique, conduisent à l'aveu comme elles ont conduit au crime. L'âge et le sexe fournissent quelques traits particuliers.

Les aveux se présentent sous une forme explicite ou implicite. Ils se réalisent d'une manière spontanée, immédiate ou différée, ou d'une manière provoquée.

Le déterminisme des aveux s'avère assez varié, répondant, selon le cas, à des processus : émotionnel, logique (aveu rationnel, utilitaire), sthénique, expansif (aveu revendicatif, justificatif, égotiste), punitif (aveu suicidaire, rédempteur), oblatif (aveu altruiste, sacrificiel, faux aveu sacrificiel).

La technique des aveux comprend des procédés psychologiques (interrogatoire, contrainte morale, tests, Lie detector...) et psycho-physiologiques (brutalité, torture, narcose, etc...).

La valeur de l'aveu dépend de sa structure. Sa valeur psycho-juridique varie selon qu'il s'agisse d'aveux vrais, de faux aveux (provoqués, délibérés ou pathologiques). Sa valeur éthico-sociale réside en ce qu'il témoigne d'une adhésion au système de valeurs de la société.

Pour la perspective *médico-légale*, l'auteur examine la valeur des « faits » et souligne que le dossier ne doit pas lier l'expert. Puis il considère l'expertise de l'avouant (sujet normal maintenant ses aveux, les remaniant, les rétractant —, sujet anormal dont les aveux révèlent ou dissimulent la psychopathie ; faux aveux pathologiques) —, et l'expertise du dénégateur (par défense, innocence, ou simulation de la folie chez le sujet normal ;

par structure psychopathique ou par dissimulation de la psychopathie chez l'anormal).

L'auteur insiste sur l'intérêt diagnostique de l'aveu au double point de vue psychologique et psychiatrique ; sur l'obligation pour l'expert d'utiliser tous les moyens valables en médecine psychiatrique moderne, y compris la narcose, s'il veut remplir sa mission.

En dehors de l'expertise, l'aveu médical doit être couvert par le secret professionnel, et même l'aveu extra-médical s'il se trouve lié à la maladie ou à l'acte médical.

Discussion du rapport de médecine légale

M. H. Aubin (de Clermont-Ferrand). — félicite le rapporteur et précise, d'une part les représentations magiques qui conditionnent certaines formes d'aveu, d'autre part les données caractérologiques qui peuvent intervenir.

M. J. Bobon (de Liége). — a soumis de nombreux prévenus au psychogalvanographe et à la narco-analyse. Ces méthodes d'investigation sont utilisables, sans restriction aucune, pour la mise en évidence de la simulation d'une affection mentale. Elles ne peuvent devenir une technique de recherche de l'aveu de culpabilité. L'expertise ordinaire ne peut, non plus, être centrée sur la recherche de cet aveu.

M. Edward Evrard (de Liége). — insiste sur la nécessité de dépasser, dans l'étude du déterminisme de l'aveu, certains plans superficiels représentés par divers processus psychologiques qui, au premier abord, paraissent suffisamment démonstratifs. Il faut dépister les réserves conscientes et les complexes sous-jacents sous peine de passer à côté de la signification profonde de l'aveu.

En cas d'éventuels aveux sur la matérialité des faits au cours de l'expertise, le psychiatre en usera dans son rapport s'ils sont indispensables à la démonstration du mécanisme psychologique du délit ou du crime, mais à condition que l'inculpé les porte préalablement à la connaissance du magistrat instructeur, lequel en fera une matière d'enquête, de vérification. L'expert procédera de la même manière en cas de révélations similaires faites sous sub-narcose, l'inculpé ayant par ailleurs admis à l'état de veille les divulgations de la période hypnagogique. S'il refuse, le silence de l'expert s'impose.

M. J. Trillot (d'Albi). — Certains délinquants interrogés quelque temps après leur acte se sont constitués un système de défense auquel ils arrivent à adhérer et dont ils ne se départent pas, même sous narcose.

L'aveu de l'infraction niée à l'enquête et à l'instruction ne doit pas être révélé par l'expert psychiatre qui l'a reçu.

L'expert peut et doit rechercher l'aveu, non pour l'aveu, mais pour l'étude du criminel, qui devrait être faite du point de vue criminologique, tenant compte non seulement de la personnalité bio-anthropologique de l'individu, mais encore des contingences extrinsèques.

M. M. Leconte. — Je serai bref, non seulement pour être agréable à notre secrétaire général, mais aussi par principe — mon but n'étant que de susciter une éventuelle discussion sur les points qui m'intéressent, si tel est l'avis du congrès.

Je ne puis que m'associer aux félicitations qui ont auréolé le brillant, clinique et fouillé rapport de mon ami G. Deshaies. Disciple comme lui du professeur G. Heuyer, il est inutile de dire que je partage sa position sur le narco-diagnostic que j'ai moi-même pratiqué au nesdonal, en Savoie.

Je voudrais toutefois insister sur l'un des cinq points par lesquels M. G. Deshaies conclut son rapport qui concerne la conduite à tenir en présence de l'aveu. Pour ma part, la question ne se pose guère car je crois qu'il est nécessaire de distinguer le médecin traitant du médecin expert. (Ce dernier n'est pas tenu à procéder à des expertises, c'est un technicien et il agit « en docteur », non pas « en médecin »). Il doit la fidélité au juge d'instruction qui le commet comme à l'Administration — car le problème de l'aveu se pose également en matière civile et administrative.

Je crois que l'on a jusqu'à présent proposé deux attitudes différentes : il y a d'abord celle de M. H. Ey, qui consiste à dispenser l'expert du serment et à l'encourager à commettre de la dissimulation par omission. Il y a ensuite la proposition de M. G. Deshaies, à savoir : s'il recueille un aveu il le garde secret, sauf consentement express de l'accusé ou de son défenseur.

Pour ma part, je crois qu'une solution susceptible de recueillir un nombre important d'assentiments de spécialistes serait la suivante : il suffirait que dans les commissions d'expertises, — qui figurent en double dans les dossiers et que connaissent les avocats, soit imprimé l'avis — que tout ce que pourra révéler le prévenu est susceptible d'être retenu dans le rapport.

Ainsi serait mis un terme aux scrupules des uns et à une discussion plus prolongée. En quelque sorte — que l'on me pardonne cette comparaison déplacée dans un sens, mais susceptible de mieux me faire comprendre — tout se passerait comme en Angleterre au moment où un policier commence à estimer que le témoin va faire figure d'inculpé et qu'il le prévient alors qu'à partir de cet instant tout ce qu'il pourra dire risque de lui nuire ultérieurement.

M. S. Follin (de Maison-Blanche). — Un certain malaise résulte de la lecture du rapport de M. G. Deshaies. Celui-ci paraît lié, au premier abord, à ce que, pour le rapporteur, la négation et le mensonge sont l'attitude normale de défense du moi, alors que l'aveu, solution pour lui d'une dislocation du moi, apparaît comme le moins naturel, voire anormal. Dans l'aveu, il y a cependant, pour les faits les plus banaux et les plus courants, la simple reconnaissance de la vérité des faits établis ; et la négation n'est jamais qu'une tentative pour se défendre de la prison.

Si cette nécessité profondément humaine de la reconnaissance des faits était prise comme base, il paraît vraisemblable que les situations d'aveu énumérées et décrites par le rapporteur auraient été éclairées d'un jour différent. En particulier, les procès en U.R.S.S. où, malgré l'évidence affirmée par M. G. Deshaies, il doit bien pouvoir exister quelques traîtres et espions.

De fait, ici apparaît la confusion la plus grave de son rapport ; par la nature des faits, l'aveu d'un délit banal et d'un crime politique ne peuvent être mis sur le même plan. La transgression d'une loi morale élémentaire et

l'acte qui met en cause la structure d'une société donnée (trahison ou résistance) sont de nature différente ; et, dans ce dernier cas, la conduite du sujet dépend surtout de la valeur éthico-sociale de l'idéal qu'il soutient.

M. E. Minkowski (de Paris). — Sur le plan psychologique, il y a lieu d'insister sur l'importance de la tonalité affective de l'aveu. Chez les enfants, en particulier, souvent un mensonge « bien senti » vaut mieux que des aveux flasques, atones, inconsistants. C'est à partir d'un mensonge de cet ordre que peut s'engager un dialogue utile. En général, l'étude de l'aveu doit avoir pour contre-partie l'étude du mensonge. Il existe des situations, par exemple dans les conditions créées par l'occupation et les persécutions sociales, où il est parfaitement légitime de mettre tout en œuvre pour déjouer les agissements des persécuteurs ; parfois pourtant, le « courage », pour se cacher pour vivre sous une fausse identité, peut faire défaut ; c'est plutôt une faiblesse. Le terme de « procédés psycho-physiologiques », employé par le rapporteur pour désigner certains procédés de l'instruction policière, pourrait être un euphémisme.

Ont également pris part à la discussion : MM. G. Heuyer (de Paris), A. Hesnard (de Toulon), et A.-M. Fiamberti (de Varese).

Communications sur le sujet du rapport de médecine légale

Conduites d'aveu en Afrique du Nord, par MM. F. Fanon et R. Lacaton (de Blida-Joinville, Algérie).

En pratique médico-légale musulmane, l'expert se trouve très souvent placé devant un inculpé qui nie ou se rétracte de façon absolue alors que le dossier d'information contient des charges très lourdes.

Cette conduite, qui complique la tâche de l'expert, est interprétée comme un refus de l'inculpé musulman d'authentifier par l'aveu de son acte le contrat social qu'on lui propose. Ce refus découle de la non-reconnaissance par l'individu du groupe social coexistant, groupe dont il ne peut en conséquence se sentir exclu.

Contribution à l'étude des altérations psycho-pathologiques du témoignage, par MM. H. Ollivier et G. Bobis (de Marseille).

Dans le cadre des recherches qu'ils poursuivent sur la valeur du témoignage et auxquelles ils ont consacré plusieurs communications, les auteurs, dans la pésente note, passent en revue les différentes altérations psychopathologiques du témoignage qu'ils étudient aux différents stades de ce qu'ils ont appelé « les composantes du témoignage », lesquelles relèvent, comme on le sait, de toute une série de mécanismes psycho-physiologiques : la perception, la sensation, la représentation et la version vues à travers le prisme de l'interprétation.

L'aveu de l'enfant, par M. M. Mathis (de Strasbourg).

L'aveu de l'enfant est conditionné par les étapes de développement psychologique : il se base sur une juste appréciation de la réalité et sur l'évolution du sentiment de culpabilité. Les modes de réaction de l'enfant reconnu coupable sont le mutisme, le mensonge, l'atténuation, l'aveu et le faux aveu. L'aveu se révèle angoissant avant 10-12 ans, libérateur au-delà. Les incidences médico-légales sont moins importantes que chez l'adulte ; par contre, le rôle de l'éducation dans la formation morale et de la sincérité est capital.

Quelques aspects des aveux chez les inciviques « idéalistes », par M. Edward Evrard (de Liége).

Les aveux des inciviques « idéalistes » comportent rarement l'expression d'un sentiment de culpabilité. Qu'ils revêtent la forme intransigeante, glorieuse, explicative ou justificative, ils obéissent le plus souvent à un processus psychologique de revalorisation de la personne. L'engagement dans la collaboration avec l'occupant répondait de son côté à une tentative de valorisation sur un certain plan socio-politico-militaire.

Faux aveux provoqués chez un débile mental émotif, par M. J. Trillot et M^lle^ J. Bernardy (d'Albi).

Observation d'un sujet atteint de débilité mentale et d'hyperémotivité qui, sous la « pression » des enquêteurs, se reconnut coupable d'un hold-up dont il était innocent, et cela malgré que la victime ait affirmé qu'il n'en était pas l'auteur. Quelques semaines plus tard, le véritable auteur était arrêté.

La peur des violences dont il se sentait menacé amena le sujet à de faux aveux. Les auteurs en tirent la conclusion que l'aveu ne doit pas être retenu lorsqu'il est la seule preuve de la culpabilité.

De la valeur thérapeutique de l'aveu dans certaines manifestations hystéroïdes, par M. P. Bour (de Saint-Venant).

A la faveur de circonstances exceptionnelles, il a été possible d'observer en cours de psychothérapie la cessation de manifestations hystéroïdes consécutives à l'aveu de la motivation cachée du symptôme (dans un premier cas, il s'agissait de hurlements terrifiants, dans le second d'une tentative de suicide). Les deux sujets différents, dont l'histoire est brièvement rapportée, n'avaient en commun que leur tendance inconsciente à attirer sur eux par leur crise l'attention des autres.

La détection du mensonge. Eléments de l'aveu, par MM. G. Heuyer et S. Lebovici (de Paris).

Les auteurs rapportent les recherches qu'ils ont poursuivies pendant six mois à l'Hôpital des Enfants-malades, sous la direction technique du commissaire de police Susini, sur la détection du mensonge à l'aide du polygraphe utilisé par la police américaine. Après des expériences dont l'artifice enlevait la valeur émotionnelle et probatoire, ils ont employé l'appareil dans deux cas médico-légaux de mensonge probable. Dans l'un des cas, le résultat

fut probant. La méthode mérite de sortir de la théorie. En Amérique, elle est d'un emploi courant dans la police. En France, la méthode du polygraphe mériterait d'être utilisée, mais avec prudence et par des techniciens avertis des problèmes physiologiques et psychiatriques.

Des problèmes que pose l'aveu de simulation devant l'expert, de la part de délinquants internes d'office en suite de l'expertise, par le Dr Fr. Adam (de Rouffach).

L'auteur estime qu'une phrase du remarquable rapport du Dr G. Deshaies prête à discussion. C'est une des toutes dernières, où il est dit : « Dans le cas où l'aveu se produit après l'internement, aveu d'un crime, même aveu d'une simulation, la relation entre le sujet et le médecin étant essentiellement thérapeutique, le secret doit subsister. »

Le Dr Fr. Adam rapporte deux cas où la question s'est justement posée pour lui et l'embarrassa. Il ne s'agissait heureusement que de délinquance mineure, ce qui lui permit d'arranger les choses... « en douceur » après d'assez courts internements. L'un des deux sujets (qui récidiva du reste depuis), exhibitionniste, n'était d'ailleurs qu'un sursimulateur.

Mais quelle devrait être l'attitude d'un médecin d'hôpital psychiatrique, soumis au régime de la loi de 1838, qui s'entendrait affirmer par un meurtrier relaxé après non-lieu (mais interné d'office comme aliéné irresponsable, après expertise), qu'il simule la folie, — ce qu'un examen de quelque durée paraissait confirmer ? Ce médecin, qui, en présence d'une demande de sortie régulière aurait à prendre position dans un certificat de situation pourrait-il, sans plus, conclure à la non-aliénation d'un individu interné depuis peu en tant qu'irresponsable du point de vue mental pour un crime grave ? Et admettrait-on qu'il se retranche derrière le principe du secret professionnel pour ne pas justifier autrement qu'en déclarant « non aliéné » (ou n'étant plus aliéné) le criminel de la veille.

Ou bien devrait-il demander une nouvelle expertise du sujet, mais sans autrement motiver cette proposition, puisque M. G. Deshaies estime que *l'aveu* ne doit pas être révélé ? Et si satisfaction lui était donnée, le psychiatre pourrait-il enfin dire à ses confrères, désignés comme experts, la raison de cette mesure ? On dira peut-être que le mieux serait de laisser au... « criminel » se prétendant non aliéné le soin de renouveler ses aveux aux nouveaux experts.

Mais le Dr Fr. Adam estime qu'un médecin chargé, non seulement de soigner des aliénés, mais aussi, de par la loi, de se prononcer, auprès des autorités administratives, sur la nature des mesures à prendre à leur égard, n'est pas, lui, toujours tenu par le secret professionnel.

Réponse du rapporteur

M. G. Deshaies. — J'exprime mes plus vifs remerciements à tous ceux qui ont bien voulu discuter ce rapport et apporter leur contribution personnelle aux problèmes soulevés par l'aveu.

Ces interventions peuvent se centrer sur trois problèmes principaux.

En premier lieu, l'*étude de la personnalité* des inculpés sous l'angle de

l'aveu a retenu l'attention de plusieurs auteurs. Nous sommes d'accord, avec M. H. Aubin, pour trouver désirable une étude plus approfondie des structures de la pensée morbide. M. A. Hesnard nous reproche un peu d'avoir accordé trop d'importance phénoménologique au processus interne d'une conscience morale en proie au remords. Je répondrai n'avoir pas mis l'accent sur la valeur d'une morale de patronage, et avoir moi-même tenu pour rare le cas de remords. J'ai insisté sur l'importance du drame externe de l'accusation, qui trouve une complicité interne dans l'expérience vécue de la culpabilité réelle. La « culpabilité » des « tueurs » évoquée par l'auteur sera certainement complétée par l'innocence des impurs. Quant au processus d'identification, je crois qu'on l'emploie souvent avec un contenu de pensée assez différent et qu'il vaudrait mieux parler de participation avec tous les degrés admis par cette notion.

M. E. Minkowski nous a montré l'importance défensive et le rôle tonique du mensonge. Nous y souscrivons très volontiers. M. G. Daumézon croit pouvoir réduire l'essentiel de la conduite de l'aveu à une rencontre humaine et authentique. Mais cette « rencontre » répond à un fait trop banal, trop général pour rien expliquer. C'est un résultat, qui correspond à des structures très diverses, qu'il nous échoit précisément d'analyser et de distinguer.

Ce que l'on pourrait appeler la *clinique de l'aveu* mérite, en effet, une étude développée. Une observation de M. Evrard, une très intéressante communication de M. Mathis sur l'aveu chez l'enfant, s'accordent avec l'expérience que nous pouvons en avoir. M. Fanon nous a bien montré l'incidence des difficultés d'intégration des groupes sociaux sur la conduite d'aveux chez les Algériens. M. H. Ollivier nous a parlé de témoignage, l'aveu étant un témoignage particulier. Il nous propose de tester les témoins ; pourquoi ne pas tester aussi les experts ? A cet égard, je me permettrai de dire qu'il faut nous garder d'instaurer une mythologie des tests, et de ne plus voir psychiatrie et psychologie qu'au travers et au moyen de cette méthode, par ailleurs utile. L'étude de la conduite de l'aveu dans la perspective même de la psychopathologie s'avère riche d'intérêt, comme le prouve l'intervention de M. G. Daumézon à propos des alcooliques.

La recherche et l'usage, par l'expert, des aveux, suscite davantage de controverses. Cela se conçoit et nous n'en sommes point fâché. Malgré l'intervention de M. G. Heuyer en faveur du polygraphe et l'intérêt éventuel du procédé, je crains que le détecteur de mensonge ne reste quelque peu menteur. En tout cas, la preuve du mensonge ne saurait être *ipso facto* tenue pour preuve de culpabilité. Il faut beaucoup de prudence dans l'interprétation, comme y a insisté précisément M. G. Heuyer. Nous donnons acte à M. Fiamberti de son irresponsabilité totale dans l'usage abusif qui aurait pu être fait de la leucotomie transorbitaire, cela va de soi

M. J. Bobon paraît craindre des interprétations fâcheuses au sujet de certaines conclusions de notre rapport. J'ai écrit, et je maintiens qu'il ne faut pas avoir peur des mots. Encore faut-il les comprendre. Je n'ai pas dit que l'expert devait forcer les aveux, mais que les aveux étant la plaque tournante de l'expertise, la nécessité s'imposait de les examiner, voire de les solliciter, au moins dans deux cas essentiels : celui de la dissimulation et celui de la simulation de la folie, en employant alors tous les procédés valables, y compris la narcose.

Au sujet du secret à observer en cas d'aveux faits à l'expert, les avis res-

tent encore partagés, ce qui n'est pas pour nous étonner. Avec les auteurs, je pense, en effet, que cette circonstance reste exceptionnelle. J'ajouterai qu'elle n'exigeait guère, à ce titre, de codification générale. Cependant, M. M. Leconte et M. G. Daumézon s'accordent à soutenir que l'expert doit dire toute la vérité, alors que M. Evrard et M. J. Trillot, par exemple, conseillent d'observer le secret, sauf dans le cas où l'inculpé en accepterait la divulgation, ce qui se rapproche de notre position. L'exemple bien concret fourni par M. Fr. Adam démontre par les considérations émises notamment par MM. G. Daumézon, S. Follin et M. le procureur général, la difficulté de ce cas d'espèce. Pour notre part, l'obligation de fournir des certificats légaux de par notre fonction administrative n'implique pas légalement de notions d'ordre médical ou psychologique. On peut donc demander la sortie du simulateur sans faire état de la simulation, et provoquer ainsi une expertise. Il nous semble que la qualité de médecin traitant doit prendre le pas sur celle de fonctionnaire administratif, puisque nous sommes chauve-souris à cet égard.

IV. COMMUNICATIONS DIVERSES

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

L'héroïnomanie dans la région algéroise, par MM. G.-A. Manceaux, J.-M. Sutter, Ch. Bardenat, Y. Pelicier et G. Counillon (d'Alger).

L'observation de 75 héroïnomanes récemment traités dans l'Algérois donne aux auteurs l'occasion d'étudier les caractères particuliers que revêt dans cette région la toxicomanie : cas uniquement masculins, âge des malades compris le plus souvent entre 30 et 45 ans, toxicomanie répandue presque uniquement dans les classes les plus déshéritées de la société et, depuis un an seulement, administration fréquente de la drogue en injections veineuses. L'usage de la chlorpromazine, souvent associée aux barbituriques, permet une désintoxication rapide, moins pénible qu'avec les méthodes antérieures. Malheureusement, la législation française ne se prêtant guère à l'internement de ces malades, les cures sont généralement écourtées et la rechute est de règle, souvent à très brève échéance.

Intérêt diagnostique et pronostique du choc à la méthédrine, par MM. G.-A. Manceaux, Ch. Bardenat, J.-M. Sutter et Mme R. Escoute (d'Alger).

Le choc amphétaminique à la méthédrine, décrit et étudié par J. Delay et par son école, est encore trop peu utilisé. Sa technique, très simple, consiste à injecter rapidement par voie veineuse 30 mgr. du produit en solution à 1 %. Le choc évolue en trois phases d'inégale durée, dont les manifestations sont en rapport étroit avec la nature et l'intensité de l'atteinte psychosique. Pour un observateur entraîné, l'analyse des comportements tout au long de ce cycle expérimental offre des renseignements de grande valeur sur le diagnostic de l'affection en cause et sur les résultats probables de la thérapeutique.

Données et problèmes électro-encéphalographiques dans la mélancolie, par MM. Th. Kammerer, L. Israël et A. Wackenheim (de Strasbourg).

Par l'étude de 80 cas de mélancolie étudiés par la méthode des corrélations électro-cliniques, les auteurs montrent que ces psychoses donnent lieu, dans plus de 40 % des cas, à des tracés électro-encéphalographiques fortement perturbés. Les anomalies les plus fréquemment rencontrées sont la dysrythmie et surtout les rythmes rapides qui se trouvent dans 51 % des cas à tracés perturbés. Il n'y a pas de tracé caractéristique en fonction des différentes formes cliniques. L'atrophie cérébrale n'augmente pas le pourcentage des anomalies. L'électro-encéphalogramme n'a pas de signification pronostique dans la mélancolie.

Myopathie et troubles psychiques, par MM. L. Israël, M. Mathis, C. Felsenstein et A. Wackenheim (de Strasbourg).

Deux cas personnels permettent aux auteurs une rapide revue de la littérature. Ils insistent sur la fréquence relative de l'association troubles psychiques-myopathie, fréquence trop grande pour admettre une simple coïncidence. Les troubles psychiques sont de deux ordres se compliquant mutuellement : troubles congénitaux à type d'oligophrénie et troubles acquis, liés à une mauvaise adaptation émotionnelle, à des perturbations des relations parents-enfants, à la difficulté de la décharge agressive par l'impossibilité du jeu musculaire normal. Ces troubles, qui peuvent aller jusqu'à la névrose, offrent un grand intérêt, car ils sont accessibles à la thérapeutique et permettent parfois des améliorations inespérées.

Un curieux cas d'amnésie, par MM. P.-A. Pasquet, P. Picard, Morin et P. Navarrane (Médecins de la Marine).

Les auteurs décrivent un cas curieux d'amnésie persistante, portant électivement sur les noms propres. Les examens biologiques complémentaires révèlent que ce syndrome était la manifestation d'une méningo-encéphalite, complication d'une syphilis décapitée.

Ils soulignent les difficultés du classement nosologique de cette affection : doit-on la ranger dans le cadre des manifestations secondaires ou tertiaires de la syphilis ?

La révélation initiale de cette atteinte du névraxe par une amnésie élective confirme, pensent-ils, la réalité de l'épure organique sous-jacente aux troubles névrotiques les plus apparemment psychogénétiques et illustre la théorie néo-jacksonienne de l'écart organo-clinique de H. Ey et J. Rouart.

Enfin ils dénoncent, une fois de plus, le danger des antibiotiques quand ils sont administrés hors de propos : ces derniers peuvent alors favoriser des localisations nerveuses de la syphilis au lieu d'en assurer la disparition.

La névrose expérimentale chez le chat, par MM. J. Senez et J. Cain (de Marseille).

Quelques aspects du conflit dans la névrose expérimentale, par M. J. Cain, Mme J. Extremet et M. X. Extremet (de Marseille).

Le symbolisme anatomique dans le dessin de personnages, par M. H. Aubin (de Clermont-Ferrand).

Projection hétéro-sexuelle et projection hétérochrome dans le dessin de personnages, par M. H. Aubin (de Clermont-Ferrand).

Le syndrome d'alarme en psychiatrie, par M. P. Sivadon (de Ville-Evrard).

Troubles psychiques et maladie de Besnier Beck. A propos d'une observation, par MM. L. Vallade et J. Postel (d'Aix-en Provence).

Suicide et situation, par M. L. Bonnafé (de Sotteville-lès-Rouen).

COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Sur un cas de paraplégie avec ictère terminal, par MM. Y. Poursines, A. Crémieux, J. Alliez et R. Soulayrol (de Marseille).

Les auteurs présentent un cas de paraplégie flasco-spasmodique installée en deux temps, précédée d'un épisode pulmonaire aigu et fébrile avec ictère par rétention dans un temps intermédiaire. L'évolution a été rapide et s'est terminée par la mort en six semaines. L'examen anatomique a révélé qu'il s'agissait de métastases multiples d'un cancer du poumon cliniquement latent, avec localisations pancréatique et encéphalique nombreuses. La paraplégie pouvait s'expliquer par l'existence de lésions médullaires en D3 et l'ictère par la métastase pancréatique.

Les auteurs insistent sur la latence des tumeurs encéphaliques, au nombre de 13, certaines très volumineuses.

Deux cas de névrite crurale d'origine abdominale, par MM. P. Picard, P.-A. Pasquet, P. Navarrane, Morin et Renner (Médecins de la Marine).

Deux observations de névrite crurale d'origine abdominale permettent aux auteurs de rappeler les travaux consacrés aux syndromes symptomatiques de la souffrance du nerf dans son trajet pelvien.

Leur premier malade présentait une compression du crural gauche par une énorme splénomégalie, au cours d'une leucémie myéloïde. Le second était atteint de troubles névritiques à droite, synchrones d'une amibiase côlo-hépatique, avec abcès du foie.

Ces deux cas incitent à évoquer la notion des névrites crurales d'origine appendiculaire ou colitique, les publications sur les névralgies crurales au cours de certaines colopathies et sur la paralysie du crural au cours des appendicites.

Maladie migraineuse avec tracé électro-encéphalographique de type comitial épilepsie familiale, par MM. R. Lafon, R. Labauge et J.-P. Temple (de Montpellier).

COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE ET D'HYGIENE MENTALE

Protection et entr'aide aux malades mentaux vivant dans le milieu social par P. Doussinet et J. Blandin, (de Clermont-Ferrand).

Un grand nombre de malades mentaux vivent dans le milieu social, soit qu'ils n'aient jamais été hospitalisés, soit qu'ils aient été l'objet de séjour dans un établissement de cure.

La protection et l'entr'aide nécessaires à ces malades ne sauraient avoir seulement un caractère matériel ; elles doivent assurer aux intéressés l'aide individuelle capable de suppléer à leurs carences et de pallier leurs fragilités.

Un des objectifs de l'assistance spécialisée devient ainsi de promouvoir et d'organiser la contribution du milieu social sous direction technique et sous contrôle administratif. Cette tâche incombe essentiellement à l'initiative privée ; elle a été entreprise et est actuellement poursuivie en France par les sociétés de Croix-Marine.

Un objectif permanent de la médecine psychiatrique : l'instauration d'une diététique convenable dans les hôpitaux psychiatriques, par M. M. Leconte (de Maison-Blanche).

L'auteur rapporte les exemples des difficultés qu'il a rencontrées pour obtenir d'organiser une diététique simplement médicale convenable dans son dernier service et en impute en partie la responsabilité à la doctrine officielle du ministère de la santé publique, qui touche davantage à ce qu'il appelle la sociatrie que la médecine psychiatrique.

Parmi les points envisagés qu'il convient d'exiger de l'administration, il rappelle :

1° la communication réglementaire des menus,

2° l'établissement de régimes-types — et il propose ceux de l'assistance publique,

3° l'impression de feuilles de prescriptions alimentaires quotidiennement remaniées,

4° la mise à disposition dans les services d'étiquettes de régime,

5° enfin, il propose l'affectation d'une diététicienne par hôpital psychiatrique qui, à son avis, importe bien davantage par priorité qu'une psychologue ou qu'une hôtesse.

Il propose également l'organisation de services spécialisés de diététique pour les malades longtemps assistés et tout particulièrement les diabétiques.

Internement et niveau social dans le département de la Seine, par MM. G. Daumézon, Y. Guiguen et Mlle Bonal (de Paris).

Perspectives d'avenir du placement familial à la colonie de Dun-sur-Auron (Cher), par M. J. Gurtler.

Les schizophrènes sont-ils susceptibles de s'adapter à l'assistance familiale ? par M. J. Gurtler (de Dun-sur-Auron.

De la formation du personnel des hôpitaux psychiatriques, par M. M. Leconte (de Maison-Blanche).

L'expérience d'un hôpital psychiatrique de province, par M. M. Leconte (de Maison-Blanche).

COMMUNICATIONS DE THERAPEUTIQUE

Action des anti-histaminiques sur l'anxiété, par MM. J.-J. Rondepierre, J. Alizon et P.-E. Hivert (de Paris).

1° Les anti-histaminiques donnent, avec une très grande fréquence, des résultats remarquables dans les dépressions légères de type névrotique.

2° L'amélioration obtenue est particulièrement nette sur l'anxiété et les manifestations neuro-végétatives concomitantes.

3° L'état général s'améliore parallèlement et le poids augmente presque toujours.

4° Cette médication peut constituer une thérapeutique d'appoint aux autres méthodes biologiques et consolider la guérison.

5° Enfin, il faut signaler la parfaite tolérance de cette thérapeutique, qui peut être aisément pratiquée en cure ambulatoire.

Syndromes hallucinatoires successivement traités par infiltration et ablation des ganglions sympathiques cervicaux supérieurs, puis par administration de chlorpromazine, par MM. F. Doussinet, J. Golse et B. d'Alteroche. (de Clermont-Ferrand).

Les auteurs présentent deux observations thérapeutiques de délire hallucinatoire chronique concernant deux malades femmes. Ils ont obtenu des résultats constants mais passagers par infiltrations procaïniques du ganglion cervical sympathique supérieur.

Par contre, ils n'ont obtenu qu'un effet thérapeutique de l'ablation chirurgicale de ce ganglion, même après sympathectomie péri-artérielle.

L'action de la chlorpromazine a montré une efficacité très nette mais symptomatique dans ces deux cas. Les auteurs rapportent l'action thérapeutique aux modifications de l'activité de la substance réticulée du tronc cérébral, admettant, à la lumière des travaux de MM. Hibel, Bonvallet et Dell, l'intervention d'un renforcement de l'action inhibitrice du système sino-carotidien sur cette substance à la faveur des infiltrations du ganglion sympathique supérieur.

La chlorpromazine à hautes doses dans les schizophrénies chroniques, par MM. P.-A. Lambert et A. Diederichs.

L'utilité des fortes doses de largactil (0 gr. 50 à 1 gr. et plus *per os*) est réelle dans les schizophrénies chroniques, où la psychose, par l'ancienneté de son conditionnement asilaire, résiste à tous les traitements habituels (comas insuliniques, électro-chocs, largactil à doses courantes). La désaliénation obtenue permet alors l'insertion au groupe pavillonnaire, car, les auteurs y insistent, une perspective de revalorisation humaine ne saurait

être seulement biologique, mais aussi et surtout psycho-sociale. A cette condition, les doses peuvent être progressivement réduites, ce qui permet d'envisager d'éventuelles sorties avec continuation du traitement.

La réserpine dans le traitement des psychoses chroniques, par MM. H. Maurel, Mlle Wilhelm et J.-P. Pielmann (de Rouffach).

Les auteurs ont traité par la réserpine 86 malades atteints de psychoses chroniques graves, internés depuis douze ans en moyenne. Sur un groupe de 54 schizophrènes, ils ont obtenu 4 sorties, 9 grandes améliorations, 13 améliorations moyennes, 18 améliorations légères, 11 échecs et 2 aggravations transitoires. 42 % des malades ont pu reprendre une activité adaptée. Deux syndromes maniaques apparemment irréductibles évoluant depuis cinq et sept ans ont été guéris. Dans les délires hallucinatoires de structure paranoïaque (13 cas), on observe une diminution de la tension anxieuse et de la sthénie délirante. La réserpine est un précieux médicament de l'agitation chronique. Les auteurs utilisent une dose d'attaque située entre 9 et 30 mgr., suivie d'une cure d'entretien prolongée de 3 à 6 mgr. Ils insistent sur la simplicité du traitement et sa remarquable efficacité dans le cadre des psychoses chroniques. Les manifestations toxiques (œdèmes, tremblement, hyper-salivation, syndromes parkinsoniens) sont inconstantes, bénignes et toujours réversibles.

Essai de traitement des syndromes schizophréniques par la réserpine, par MM. N. Duc, J.-P. Temple, J. Abric, R. Pouget et P. Comblaire (de Montpellier)

30 schizophrènes anciens ont été traités avec des doses de réserpine oscillant entre 3 et 12 mgr. selon l'importance de l'agitation discordante ou de la profondeur de l'autisme. Aucune autre thérapeutique adjuvante n'a été mise en œuvre. Le traitement a duré de un à six mois. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les formes paranoïdes. Sur les 30 cas : 4 améliorations excellentes, 15 améliorations plus ou moins marquées et 11 résultats nuls.

Cet essai thérapeutique sur des cas déjà traités sans succès par des méthodes classiques peut être considéré comme satisfaisant et laisse espérer de meilleurs résultats sur des malades récents.

Exploration psychologique des malades traités par la réserpine par voie orale et parentérale, par MM. R. Lafon, N. Duc, Mlle Boyer, J. Abric et R. Pouget (de Montpellier).

L'exploration de l'attention et de la mémoire des malades traités par la réserpine par voie intraveineuse (1 mgr.) et par voie orale (3 à 15 mgr. pendant un à trois mois) montre que les fonctions psychologiques étudiées ne sont pas modifiées. Ce médicament peut donc être prescrit à doses moyennes et pendant plusieurs mois sans altération des facultés intellectuelles fondamentales.

Exploration neuro-végétative des malades traités par la réserpine par voie orale, par MM. R.Lafon, N. Duc, J.-P. Temple et Mlle Favre (de Montpellier).

L'exploration végétative réflexo-oculo-cardiaque, réflexes solaire, orthostatique, sinu-carotidien, épreuves de Daniélopolu, des malades traités par la réserpine ne montre pas de modifications imputables au médicament et confirme l'absence d'action périphérique de la réserpine.

L'encéphalographie gazeuse thérapeutique des encéphalopathies alcooliques, par MM. A.Charlin et Mlle Lacroix (de Besançon).

Chez les sujets âgés de plus de 50 ans, l'intoxication chronique alcoolique détermine chaque jour davantage des états de confusion mentale rebelles à toute thérapeutique médicamenteuse. L'encéphalographie gazeuse a un effet remarquable et l'on peut distinguer deux aspects : chez les uns, essentiellement une dilatation considérable des ventricules ; chez les autres, une prépondérance de plages d'atrophie généralement frontale et occipitale. Tout se passe comme si la thérapeutique médicamenteuse, inefficace avant l'encéphalographie, avait une action surprenante dès l'intervention pratiquée.

Le rôle de l'acide glutamique dans le traitement de l'arriération mentale par MM. A. Charlin, Garcendet et Dreyfus (de Besançon).

Sur 40 enfants, dont le quotient intellectuel variait de 0,60 à 0,80, un traitement régulier par l'acide glutamique pendant des périodes de quatre à six mois, a amené une augmentation d'au moins 84 en moyenne en 18 mois du quotient intellectuel. Dans 25 % des cas, les enfants sont restés dans leur courbe de Bonnis ; dans 75 %, ils l'ont effondrée par le haut, sautant parfois deux et même trois courbes.

Chez 24 enfants présents pendant deux ans, l'âge mental moyen au Binet-Simon a augmenté pendant ce temps de 29 mois et l'âge scolaire moyen de 24. Les progrès moteurs sont extrêmement importants et les troubles caractériels se sont nettement augmentés. D'une façon générale, l'intelligence n'est peut-être pas tellement augmentée, mais elle fonctionne d'une façon plus normale.

En tenant compte du rôle du milieu affectif, des thérapeutiques adjuvantes, on doit admettre une certaine efficacité de l'acide glutamique ; et si l'optimisme des premiers travaux ne peut être retenu, un pessimisme systématique est pour le moins prématuré.

Peut-on traiter la névralgie du trijumeau par une chirurgie non mutilante ? par MM. J. Duplay, P. Cossa et F. Cerutti (de Nice).

Les auteurs rapportent cinq observations personnelles de traitement de la névralgie faciale par la méthode de Tarnhodj [décompression du ganglion et de la racine du V par incision de la gaine durale sans section nerveuse]. Dans les cinq cas (dont un bilatéral), la guérison a été obtenue sans incident. La méthode donne donc (et ceci confirme les statistiques danoises plus étendues) des résultats au moins égaux à ceux des sections radiculaires. Mais elle a l'avantage de n'être aucunement mutilante et de réserver l'avenir, une radicotomie demeurant possible en cas de récidive.

Réflexions sur cent cas personnels de lobotomie préfrontale, par M. A. Fromenty (de Tours).

La valeur thérapeutique de la lobotomie pré-frontale dans les psychoses reste encore très discutée. Des détracteurs passionnés l'accusent de laisser après elle des détériorations graves de l'intelligence et de l'affectivité ; de l'épilepsie et autres méfaits. L'auteur apporte une statistique de 106 cas personnels, qui montre, dans les paraphrénies et schizophrénies, des résultats peu favorables lorsqu'il s'agit d'affections anciennes et restées incurables par les méthodes habituelles. Par contre, dans les mélancolies chroniques et d'involution chez les personnes âgées ou dans les hypocondries avec cénestopathie, les résultats sont, dans presque tous les cas, extrêmement favorables. L'auteur insiste sur la rareté du syndrome frontal et l'absence totale de troubles de la mémoire.

Electro-choc avec curarisation chez une schizophrène porteuse d'un retrécissement de l'isthme aortique, par MM. L. Singer, R. Dorey et R. Kieny (de Strasbourg).

Observation d'une schizophrène paranoïde de 40 ans, porteuse d'un rétrécissement de l'isthme aortique. Traitement par une série de six électrochocs avec curarisation et anesthésie. Des enregistrements de la tension artérielle au cours des séances, l'électro-cardiographie avant et après traitement montrèrent la faiblesse des perturbations circulatoires et l'innocuité de la méthode dans un cas de contre-indication formelle à la sismothérapie simple.

Deux années d'expérience de l'électro-choc sous anesthésie et curarisation, par MM. G.-A. Manceaux, J.-M. Sutter, Ch. Bardenat, Y. Pélicier et G. Pascalis (d'Alger).

De quelques abcès pulmonaires après électro-chocs, par MM. M. Berthon et Pouchol (de Nice).

Un exemple de psychothérapie chez l'enfant, par MM. A. Crémière Lob et Mme Porro (de Marseille).

Traitement des psychoses aiguës par l'association CH 36-largactil-serpasil : résultats d'une année d'expérience, par M. L. Fouks (de Poitiers).

Traitement des psychoses chroniques par l'association serpasil-largactil, par M. L. Fouks (de Poitiers).

Les effets secondaires et les inconvénients du serpasil, par M. L. Fouks (de Poitiers).

Mescaline-chlorpromazine : nouvelle technique thérapeutique, par M. Herman C.-B. Denber (de New-York).

Le stress du delirium tremens traité par le largactil, par MM. Th. Kammerer et A. Wackenheim (de Strasbourg).

Le traitement des « Bordeline Neuroses », par M. M.-D. Riemer (de New-York).

Essais thérapeutiques : réserpine et sulfate d'ammonium, par MM J. Gurtler, Carrer et Fraunie (de Dun-sur-Auron).

A propos du traitement des états maniaques par les sels de lithium, par MM. J. Oulès, R. Soubrié et Mme Salles (de Montauban).

COMMUNICATION DE MEDECINE LEGALE PSYCHIATRIQUE

L'expertise psychiatrique médico-légale contradictoire en matière criminelle, par M. J. Trillot et Mlle J. Bernardy (d'Albi).

Evoquant les discussions relatives à cette question et les critiques émises dans la grande presse contre les experts, les auteurs préconisent certaines réformes de l'expertise psychiatrique médico-légale en matière criminelle. Ils demandent que des délais plus étendus soient accordés aux experts, que la mise en observation dans des annexes psychiatriques effectives soit possible.

Ils s'élèvent contre l'intervention d'experts officieux cités par la défense, qui émettent un avis au seul vu du dossier et du rapport des experts officiels, sans avoir examiné le prévenu.

Ils réfutent les dénominations « d'experts de l'accusation » et « d'experts de la défense », estimant qu'il n'est que des experts indépendants et impartiaux.

Ils se déclarent partisans de l'expertise, non pas contradictoire, mais simultanée, suivant l'expression du professeur Simonin, et expriment le vœu que la liste des experts soit établie après avis du ministère public et de l'Ordre des avocats ; dans le cas d'expertise simultanée, les experts seraient désignés par le magistrat qui la demande, ministère public et défense ayant le droit de récusation. En cas de désaccord entre les experts, ceux-ci devraient se récuser et laisser la place à de nouveaux experts.

Elections

La *LIVe session* du *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à *Bordeaux,* pendant la première semaine du mois de *septembre 1956.*

Le *bureau* de cette LIVe session a été ainsi constitué :

Président : M. le Dr A. Hesnard (de Toulon).
Vice-président : M. le Dr René Bessière (de Paris).
Secrétaire général : M. le Dr Paul Cossa (de Nice).
Trésorier : M. le Dr P. Charon (de Bordeaux).

Secrétaire annuel : M. le Dr X... (de Bordeaux).

Conseil d'administration : MM. les Drs Paul Abély (de Paris), Frantz Adam (de Rouffach), P. Charon (de Bordeaux), J.-E. Paillas (de Marseille), A. Sizaret (de Sainte-Gemmes), A. Tournay (de Paris).

***

Les sujets suivants ont été mis à l'ordre du jour de cette LIVe session :

Rapport de psychiatrie : Valeur et utilisation des tests projectifs en psychiatrie. — *Rapporteur :* M. le Dr P. Pichot (de Paris).

Rapport de neurologie : Les tumeurs frontales. — *Rapporteur :* M. le Dr J. Boudouresques (de Marseille).

Rapport d'assistance : Architecture et organisation des hôpitaux psychiatriques. — *Rapporteur :* M. le Dr J. Bouquerel (de Bailleul).

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

André Gide l'enchaîné, par Maurice MARSALET. (1 vol., 125 pages, Raymond Picquot, éditeur, 1955).

La personnalité de Gide reste énigmatique en plus d'un point. Ce n'est pas faute de ses confidences, peut-être au contraire, car s'il s'est abondamment révélé, son auto-analyse évoque trop souvent un plaidoyer. Un sentiment d'auto-accusation se perçoit à la base de sa pensée et de son œuvre. Celle-ci étale parfois les anomalies dont il s'accuse, qu'il s'agisse d'une humiliation à fins d'expiation ou d'une surcompensation cynique. Ailleurs, elle tend à les minimiser en les diluant : l'anormal étant l'exceptionnel, en démontrant que son comportement sexuel est très répandu, il le fait rentrer dans la norme. Plaidoyer qui peut en imposer parfois pour un prosélytisme : l'influence de Gide sur la jeunesse de son temps, amplifiée par la magie de son style, n'est pas une légende, et l'on ne peut pas dire qu'elle ait été exaltante. Il est naturel que cette personnalité ait suscité l'intérêt des psychologues et, par ce qu'elle contient de morbide, des médecins. On connaît l'étude du Dr Planche sur « le problème Gide » (Téqui, Paris, 1952). La monographie du Dr Maurice Marsalet est un essai particulièrement subtil d'interprétation psychologique : elle doit intéresser les psychiatres.

André Gide l'enchaîné, c'est Prométhée enchaîné à son propre destin, dévoré par l'aigle de sa conscience. A la base de son sentiment de culpabilité, des pratiques solitaires de l'enfance découvertes par un professeur de l'école alsacienne et maladroitement réprimées par un médecin qui menace, en cas de récidive, d'une dévirilisation chirurgicale. Erreur que nous observons souvent en psychiatrie infantile et qui est le point de départ fréquent du complexe de castration. Il s'y ajoute la réprobation maternelle, la rigueur d'une famille puritaine. Un sentiment de culpabilité en dérive, une censure vis-à-vis des jouissances charnelles. Sans doute, ces traumatismes affectifs doivent-ils trouver un terrain vulnérable pour que leurs effets se perpétuent et engendrent des anomalies durables : terrain névrotique d'émotivité et de mythomanie dont témoignent ici des crises pithiatiques ou simulées que présenta peu après Gide.

Cette répudiation de la chair entraîne d'abord le mythe du pur esprit, un divorce de l'ange et de la bête : l'ange exprimant un amour strictement idéalisé, la bête se limitant aux pratiques solitaires.

Mais les pulsions croissantes de la sexualité vont localiser l'interdiction charnelle à l'hétérosexualité : l'homosexualité devient une dérivation. Le mariage va faire apparaître plus flagrante la dissociation du sensuel et de l'affectif. Sensuel essentiellement exprimé dans le narcissisme dont la pédérastie n'est que la projection et la préface, affectif exalté dans l'amour-culte, « purifié » de tout élément physique avec une dominance masochiste, la recherche de la désapprobation de la femme, substitut de la mère. Cette dissociation entraîne l'avirilisme, manière d'infantilisme instinctif qui comporte l'égocentrisme, l'hyperémotivité, « l'irresponsabilisme » et l'amoralisme.

Ce déséquilibre appelle ses compensations. Compensations individuelles dans une hypocondrie intermittente. Compensations sociales dans la recherche d'amis aux principes moraux rigides : ainsi de Paul Claudel. Compensations littéraires : c'est lorsque Gide tente de normaliser sa vie dans le mariage qu'il écrit ses œuvres les plus émancipées : *Saül* et les *Nourritures Terrestres ;* un livre fait contrepoids à l'autre : dans l'*Immoraliste,* Gide s'accuse du malheur de sa femme, dont il essaiera de s'excuser dans la *Porte Etroite.*

Ceux que passionne l'œuvre de Gide ne peuvent pas se désintéresser de sa psychologie, car l'une est inséparable de l'autre. Ils trouveront dans le livre de Maurice Marsalet un document solide et une interprétation ingénieuse.

Léon Michaux.

Disorders of Character. Persitent Enuresis. Juvenile Delinquency. Psychopathic Personality, par Joseph J. Michaels, M. D. (1 vol. in-8°, 150 pages, Charles C. Thomas, publisher, Springfield, Illinois, 1955).

Le nom de Michaels ne semble connu en Europe que depuis le congrès de criminologie de 1950. L'ouvrage analysé marque pourtant une étape dans l'évolution de travaux menés par lui depuis plus de vingt ans avec quelques collaborateurs : Goodman, Secunda, Finley, etc..., cliniciens ou spécialistes de l'électro-encéphalographie.

Les six premiers chapitres sont consacrés à l'historique et à l'exposé des recherches de l'auteur montrant les corrélations statistiques entre l'énurésie anormalement prolongée d'une part, des phénomènes psychotiques ou névrotiques d'autre part, en particulier des troubles du comportement de conséquences médico-légales. L'auteur peut actuellement citer un très grand nombre de références américaines appuyant sa thèse, presque toutes émanant de criminologues américains. Un rapprochement heureux est fait avec la conception de « tendance à la récidive », de « trouble de maturation » de S. et E. T. Glueck. Ces faits d'observation, évoqués jadis en France par Guinon, en Italie par d'Abundo, ces enquêtes menées pendant si longtemps et utilisant des milliers d'observations, ces découvertes ou mises au point cliniques placent Michaels aux côtés des grands maîtres de la criminologie anglo-saxonne. Les déductions, les conceptions générales, ébauchées dans les six premiers chapitres, poursuivies et exposées dans les trois derniers, ne peuvent être ici que résumées ou évoquées. On ne peut faire mieux que d'en conseiller une lecture attentive, suivie d'une minutieuse confrontation avec l'histoire de l'anthropologie criminelle et les travaux à la fois psychiatriques et criminologiques, quels que soient leur date ou leur pays d'ori-

gine ; aussi avec l'histoire des conceptions criminologiques, avec celle des engouements ou des reniements dont elles furent l'objet. L'œuvre de Michaels est tout d'abord et presque à chaque page un témoignage d'ambition synthétique. Clinicien-observateur, utilisant les données de l'électro-encéphalographie, l'auteur apparaît essentiellement bio-criminologiste, aux conceptions basales voisines de celles de Pende, de di Tullio. C'est à ce titre que sont commentées, non seulement certaines idées de Sheldon, de Glueck, etc..., mais aussi que sont largement citées les thèses anthropologiques, typologiques, Hooton et son école ; certaines d'entre elles, peut-être plus proches de celles de Maudsley que de celles de Lombroso. De même, sont évoquées : l'épilepsie, l'épileptoïdie et l'ixophrénie des auteurs suédois.

M. J.-J. Michaels est demeuré psychanalyste par une culture puisée aux sources presque immédiates du freudisme ; l'étude des troubles du comportement, des perversions, celle des relations si fréquentes avec des éléments névrotiques, souvent utilisées par la psychanalyse depuis ses sources, renforce son orientation. Ainsi est amené le premier élément de synthèse. De l'interprétation « psycho-biologique » (chap. VI), le passage à l'interprétation « bio-psycho-sociale » (chap. VII) est suivi de l'exposé d'une conception des troubles du caractère partagée avec de nombreux auteurs cités dont il faut bien se pénétrer, afin d'éviter toute équivoque au cours d'une éventuelle discussion (chap. VIII). Comme lors de ses publications précédentes, l'auteur se réfère aux conceptions du sociologue Reiss, qu'il cite largement, la délinquance étant considérée comme une défaillance des contrôles personnels et sociaux.

Si l'apport de M. Michaels appelle par son importance la confrontation avec de nombreux travaux à des époques parfois anciennes et dans des pays divers, ses conceptions ne peuvent manquer d'être confrontées elles aussi avec d'autres tendances synthétiques modernes. Même ou surtout si, par certains points, ces dernières sont ou paraissent fondamentalement opposées. L'extrême abondance de la documentation clinique préalable est le premier élément de valeur fondamentale. Le second est d'apporter un témoignage des conceptions qui semblent bénéficier d'une grande faveur en Amérique et même en Angleterre, étant donné l'importance des travaux de langue anglaise, et presque tous modernes, cités par l'auteur. A ce double titre, l'œuvre de Michaels, exposée dans cet ouvrage, apparaît de premier plan, en présence de nouvelles orientations criminologiques, issues d'autres pays, en présence aussi des problèmes qu'elles posent ou reposent.

M. Bachet.

PSYCHOLOGIE

Aux sources de la connaissance. La sensation guide de vie, par Henri Piéron, professeur honoraire de physiologie des sensations au Collège de France. (1 vol., 628 pages, *édition nouvelle*, Gallimard édit., Paris, 1955).

Depuis la première édition, il y a dix ans (1), de ce livre de synthèse, dont il serait superflu de souligner l'intérêt et le succès, des recherches neurophysiologiques particulièrement abondantes, facilitées par les perfectionne-

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, octobre 1945, pages 320-322.

ments des techniques modernes d'investigation, ont renouvelé certains problèmes et apporté des données nouvelles. Aussi, et sans cependant que soit modifié l'aspect scientifique du problème de la Sensation, est-ce une édition nouvelle de cet important ouvrage, profondément remanié en certaines de ses parties, que présente aujourd'hui le professeur Henri Piéron. Ce n'est pas seulement la vie mentale que conditionnent les apports de la sensibilité, c'est la vie sous toutes ses formes. La sensibilité est une condition essentielle de la vie. La sensation intervient pour guider l'organisme vivant dans son comportement global vis-à-vis du monde extérieur. D'une importance primordiale, aussi bien pratique que théorique, l'étude de la sensation est abordée ici selon le même plan que celui adopté par l'auteur lors de l'édition de 1945.

Dans une première partie intitulée « Du stimulus à la sensation », après un exposé des actions stimulatrices et des divers aspects de la fonction régulatrice qu'elles exercent sur l'activité générale et le comportement, de l'évolution des régulations, M. Henri Piéron, rappelant que pour qu'il y ait processus récepteur, il faut qu'il y ait phénomène d'excitation, passe successivement en revue l'excitabilité indifférenciée, la différenciation évolutive et la notion de spécificité. Il donne une classification des sensations et indique les caractères généraux (d'intensité, spatiaux, temporels) des processus d'excitation.

L'étude du problème des mécanismes d'excitation est l'objet de la deuxième partie de l'ouvrage : excitation neuro-biologique en général, excitation mécanique, excitation thermique, excitation lumineuse, excitation chimique, excitation algique. Dans les réponses d'un appareil déterminé se produisent des différenciations qualitatives et c'est à l'exposé des bases des appréciations qualitatives qu'est consacrée la troisième partie : problème général des qualités sensorielles, qualités chromatiques, qualités tonales, odeurs, saveurs.

Dans une quatrième partie qui constitue, à elle seule, la seconde moitié du volume, le professeur Henri Piéron montre comment les impressions fournies par les sens comportent également des renseignements d'ordre quantitatif, permettant des comparaisons, des égalisations, des ordinations. Etudiant le fondement des appréciations quantitatives, il examine successivement la notion du quantitatif dans le domaine sensoriel, les aspects spatiaux du quantitatif (influence de l'extension sur l'intensité sensorielle, appréciations spatiales, discriminations et évaluations), les aspects temporels du quantitatif (influence de la durée sur l'excitation sensorielle, appréciations temporelles), les discriminations d'intensité, les évaluations d'intensité, et le problème du mécanisme physiologique des appréciations intensives.

En conclusion, après l'examen et la discussion des notions acquises sur les processus sensoriels, le professeur Henri Piéron établit dans son ensemble le mécanisme de l'information. Il montre comment les événements extérieurs constituant les stimuli déclenchent au niveau de surfaces réceptrices des phénomènes d'excitation, perturbation passagère d'équilibres cellulaires en rapport avec l'énergie du stimulus. Cette perturbation initiale se produit le plus souvent dans certaines cellules spécialisées où peuvent se trouver modifiés des équilibres chimiques. Secondairement, naît une dépolarisation excitatrice dans des éléments nerveux connectés à ces cellules réceptrices, dépolarisation locale se propageant dans tout l'élément nerveux disposé en conducteur avec une variation de potentiel que l'on peut recueillir. Cette

perturbation voyageuse constitue l'influx nerveux qui, « propageant l'excitation initiale, constitue le message sensoriel, substrat de toute connaissance ». Message qui n'est sans doute pas très explicite mais qui renseigne « de façon assez adéquate sur la nature, le lieu, l'intensité et la durée des stimulations ». Des sous-stations étagées, qui reçoivent ces messages, déclenchent à leur tour sous forme de réflexes préétablis, pratiquement invariables, des réponses, et propagent l'excitation à des conducteurs efférents. Ainsi, de relais en relais et jusqu'aux derniers situés dans le cerveau, se transmettent ces messages. A l'avant-dernière station se déclenchent des régulations affectives. Au dernier relais, dans les zones de projection de l'écorce cérébrale, se trouve éveillée la sensation, réponse spécifique permettant une adéquation beaucoup plus souple aux événements extérieurs. « C'est par une analyse plus poussée des expériences naturelles de la neuropathologie chez l'homme, et par les progrès de l'investigation cérébrologique expérimentale, avec l'aide puissante apportée par les techniques modernes d'enregistrement des manifestations électriques de l'activité nerveuse, que l'on arrivera à pénétrer les mécanismes en jeu dans ce lacis, qui paraît encore inextricable, des voies associatives de l'appareil cérébral humain. » Dégageant la portée philosophique des résultats déjà acquis, l'auteur souligne que nos appareils sensoriels ne constituent pas des fenêtres s'ouvrant sur le monde extérieur. « Les sensations constituent des symboles biologiques des forces extérieures agissant sur l'organisme, mais qui ne peuvent avoir avec ces forces plus de ressemblance qu'il n'y a entre ces sensations mêmes et les mots qui les désignent dans le système symbolique du langage servant aux relations sociales, interhumaines... Nous ne communions pas avec la nature mais avec nous-mêmes... Les équations relativistes qui, dans des espaces à *n* dimensions où le temps se trouve intégré, symbolisent des chaînes d'événements, sont plus vraies que nos perceptions directes dans la mesure où elles permettent une prévision plus sûre, où elles réussissent davantage, où elles atteignent une précision plus grande dans l'adéquation au monde. »

Une riche bibliographie, un index alphabétique des auteurs et un index alphabétique des matières complètent ce très important ouvrage, reflet des recherches et des nombreux travaux effectués, tant au laboratoire de psychophysiologie de la Sorbonne que, depuis 1923, à la Chaire de physiologie des sensations du Collège de France sous la direction du professeur Henri Piéron.

René Charpentier.

Psychologie, Activité nerveuse supérieure, *in Questions scientifiques* tome VI, par S. L. Rubinstein, D. B. Elkonine, A. G. Jvanov-Smolenski, T. V. Strokina, L. S. Bogatchenko, F. I. Jvachtchenko, N. I. Krasnojorski et A. N. Leontief. (1 vol., 188 pages, Editions de « La Nouvelle critique » Paris, 1955).

Recueil de traductions de travaux consacrés à des problèmes de physiologie de l'activité nerveuse supérieure et de psychologie, représentatifs de l'évolution de la psychologie soviétique au cours des quatre dernières années.

Après un exposé critique des *problèmes de théorie psychologique*, par S. L. Rubinstein, D. B. Elkonine, étudiant quelques problèmes posés par la *psychologie de l'enfant*, montre comment l'action pédagogique ne peut s'exercer sur

les processus de formation du psychisme, de la conscience, de toute la personnalité de l'enfant que par l'intermédiaire de l'activité nerveuse supérieure et de la fonction fondamentale du cortex, telle que l'a établie la théorie pavlovienne.

A. G. Ivanov-Smolenski, rapportant les résultats de ses recherches expérimentales sur le *travail en commun et l'interaction des deux systèmes de signalisation*, rappelle que c'est Pavlov qui, pour la première fois, a rapproché la physiologie des deux systèmes de signalisation des problèmes des sciences médicales en étudiant les troubles de leur interaction dans les maladies neuro-psychiques. T. V. Strokina, relatant ensuite les résultats de ses expériences, conclut à la nécessité de réaliser des *rapports corrects entre le premier et le deuxième système de signalisation* pour le traitement et la prophylaxie des troubles *chez les enfants névrosés*. Tandis que L. S. Bogatchenko étudie l'*influence de la journée scolaire sur les liaisons conditionnelles et l'interaction entre le premier et le second système de signalisation*, la fatigue scolaire faisant apparaître une inhibition de défense supramaximale. Utilisant également des techniques verbales, F. I. Ivachtchenko apporte les résultats de ses expériences sur l'*activité analytico-synthétique des enfants par la méthode des associations*.

Les articles suivants sont consacrés à la question des types : *étude des types d'activité nerveuse supérieure chez l'animal et chez l'homme*, par A. G. Ivanov-Smolenski ; *particularités typologiques de l'activité nerveuse supérieure des enfants*, par N. I. Krasnogorski, qui s'élève contre « l'idée erronée de l'immutabilité des types ». Le volume se termine par le texte de la communication d'A. N. Leontief, au congrès de psychologie de Montréal (1954), sur *la formation et la nature des propriétés et des processus psychiques de l'homme*, propriétés psychiques de l'homme qui, « communes à tous ou spéciales, ne sont pas la manifestation de quelconques « capacités psychiques » dont la présence ou l'absence ne pourrait être que constatée, mais sont bien le produit de l'évolution ontogénique ». Elles « ne sont pas innées mais se forment toujours au cours du développement et de l'éducation ».

Un glossaire de la terminologie pavlovienne et une bibliographie des travaux de la littérature pavlovienne dont il existe actuellement une traduction française, terminent ce tome VI d'une publication dont le tome IV a été consacré à une « Introduction à l'œuvre de Pavlov ».

L. R.

PSYCHANALYSE

Psychanalyse et spiritualité, par André Combes, docteur en théologie, ancien professeur de théologie ascétique et mystique et d'histoire de la spiritualité chrétienne à l'Institut catholique de Paris, maître de recherches au Centre national de la recherche scientifique. (1 plaquette, 72 pages, *Préface* du Dr Charles Grimbert, éditions universitaires Bruxelles-Paris, 1955).

Dans cette conférence donnée au Cercle académique Saint-Jean-Capistran de Bruxelles, le 23 novembre 1954, M. l'abbé André Combes oppose à l'analyse freudienne « les données, les exigences, les disciplines de la spiritualité catholique » (Ch. Grimbert). S'élevant contre l' « équivoque » des « pro-

fondeurs » de l'homme et de l'aptitude de la psychanalyse à les révéler, il observe « qu'il n'y a aucune raison de se représenter l'inconscient comme plus profond que la conscience ». Deuxième équivoque : l'amour, source de toute énergie affective, a été par Freud « radicalement sexualisé » dans des conditions inconciliables avec une psychologie spiritualiste. « L'amour sur lequel est fondée la religion chrétienne n'a absolument rien de commun avec les vibrations paroxystiques de l'orgasme sexuel. » Et M. l'abbé Combes de noter que « la psychologie des profondeurs se contente d'explorations étonnamment superficielles ».

Ces équivoques dissipées, le conférencier exprime ses hésitations, ses réserves, ses refus. Examinant ces points fondamentaux de la doctrine freudienne que sont l'existence de l'inconscient freudien, produit de refoulement, l'origine de la névrose dans un accident de sexualité infantile, la certitude de la dissolution de la névrose par le passage de l'inconscient au conscient, l'auteur conclut que ces trois convictions « ne peuvent s'imposer qu'à ceux qui sont incapables de penser librement ». Et « ni l'homme, ni ce qu'en lui on peut qualifier d'inconscient ne se réduisent à ce qu'il a plu à Freud d'en penser ». En réalité, ajoute M. l'abbé André Combes : « on ne doit pas seulement dénoncer l'arbitraire et l'insuffisance de cette méthode psychanalytique, on doit déclarer qu'entre cette technique et la spiritualité vivante du chrétien, il y a antinomie de dynamisme. ». Loin d'orienter vers un passé infantile, considéré par le psychanalyste comme chargé « des sentiments les plus heurtés, pour ne pas dire les plus absurdes ou les plus obscènes », le dynamisme propre de la vie spirituelle, opposé à tout repliement sur soi, à tout retour en arrière, tend au développement maximum des facultés les plus hautes, à « l'épanouissement le plus parfait de la personne humaine ».

Aux catholiques, aux théologiens séduits finalement par la psychanalyse, le conférencier oppose sa « transvaluation » (Umwertung), réalisée par le Dr Wilfried Daim, de Vienne. « La vie de l'âme a une structure normale, c'est-à-dire une orientation naturelle. Naturellement, la vie de l'âme est orientée vers l'Absolu ontologique, c'est-à-dire vers Dieu. La racine de la névrose se trouve dans la substitution d'un faux absolu à l'Absolu authentique. » Fondamentalement dynamique et basée sur ce principe, la psychanalyse du Dr W. Daim voit la base de la névrose dans l'insatisfaction de l'âme humaine aussi longtemps qu'elle reste attachée à son idole, laquelle est, en effet, ordinairement un objet de pulsion infantile. En accord aussi avec Freud sur l'importance des éléments sexuels, il définit la thérapeutique psychanalytique comme « l'accommodation de la vie de l'âme à la réalité plénière », laquelle implique la réduction du faux absolu au relatif. Par cette relativisation seule, « le noyau de la personne est libéré ». Ainsi, conclut M. l'abbé André Combes : « Pour la première fois, cette technique devient analyse de l'âme réelle, prise en sa vie concrète et traitée en sa relation existencielle avec le monde et avec Dieu... Atteignant les profondeurs authentiques de l'être humain et de la réalité où il se meut, elle retrouve l'un des thèmes les plus profonds, les plus constants de la tradition chrétienne. ...Libérée de toutes les équivoques, la psychanalyse va pouvoir efficacement travailler à promouvoir l'intégrité de l'homme, en coopération loyale et de même sens, avec la morale chrétienne et la spiritualité. »

Dans la préface, le Dr Charles Grimbert, également d'avis que « les travaux du Dr Daim ouvrent une ère nouvelle, féconde pour la psychanalyse

elle-même, qui doit se libérer des servitudes étroites et mutilantes du freudisme », signale la conférence de M. l'abbé André Combes à l'attention des psychologues, des éducateurs, des théologiens et des psychiatres.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Alcool et alcoolisme ; rapport d'un comité d'experts. (*Organisation mondiale de la santé : Série de rapports techniques*, n° 94, 15 pages, Masson et Cie, Paris, 1955).

Beaucoup de milieux ont encore tendance à considérer l'alcoolisme comme un problème social plutôt que de santé publique. Pour mieux se rendre compte du caractère médical de ce problème, et pour s'y attaquer efficacement, il est indispensable d'envisager aussi les aspects physiques et psychologiques de l'alcoolisme, de définir clairement les termes employés et d'étudier les habitudes en matière de boisson dans différents pays. A la suite d'un échange de connaissances et d'une confrontation d'expériences entre pharmacologues, physiologistes et psychiatres, un comité d'experts de l'Organisation mondiale de la santé s'est efforcé de clarifier les notions fondamentales sur les problèmes de l'alcool. Le rapport de ce comité expose ces notions et présente des observations sur la diversité des habitudes en matière de boisson et sur les différences qui en résultent dans le comportement des alcooliques.

Le rapport décrit d'abord le désir pathologique d'alcool et les états connus sous le nom de « dépendance physique » et de « dépendance psychologique » à l'égard de l'alcool. Suit une étude sur les symptômes de sevrage. Un chapitre est ensuite consacré à la distinction entre l' « incapacité de s'arrêter de boire » et la « perte de contrôle » ; et sur ce point apparaît l'importance de la diversité, d'un pays à l'autre, des habitudes en matière de boisson. Cette diversité est également examinée en ce qui concerne les amnésies alcooliques, plus fréquentes dans les pays où l'alcool est principalement consommé sous forme de spiritueux et à certaines heures de la journée, que dans les pays où l'on boit du vin ou de la bière, dont la consommation se répartit sur la journée entière.

Le rapport souligne les divergences entre l'alcoolisme et l'opiomanie, et mentionne les réactions sociales différentes qu'ils provoquent et traite ensuite des problèmes marginaux de l'alcool, tels que certaines formes de consommation excessive d'alcool qui ne sont pas à proprement parler de l'alcoolisme. Il se termine par une classification des troubles produits par l'ingestion excessive de boissons alcooliques et par la discussion des problèmes de santé publique que posent ces troubles. L'alcoolisme requiert une très large intervention de la part des autorités sanitaires. Le rapport insiste sur la nécessité de créer des services de consultations pour un traitement précoce et d'accorder toute l'importance voulue aux mesures législatives et sociales.

L. R.

ASSISTANCE

Législation relative à l'assistance psychiatrique ; quatrième rapport du Comité d'experts de la santé mentale. (*Organisation mondiale de la santé : Série de rapports techniques*, n° 98, 27 pages, Masson et Cie, Paris, 1955).

Si la notion d'aliénation avec internement dans un asile, fait place peu à peu à celle de maladie avec traitement dans des hôpitaux psychiatriques ou dans des services de consultations, la législation actuelle a encore tendance à accorder plus d'importance aux considérations juridiques qu'aux préoccupations médicales. Après une étude critique des lois en vigueur, le rapport traite des besoins essentiels auxquels doit répondre une législation relative à l'assistance psychiatrique ; il préconise l'adoption de méthodes positives : création d'établissements pour le traitement des malades, formation et recrutement de personnel spécialisé et institution d'un service psychiatrique public.

Lorsqu'il est nécessaire de recourir à la contrainte, la loi doit s'efforcer, en même temps qu'elle pourvoit au traitement obligatoire du malade, de sauvegarder la liberté individuelle tout en protégeant la société et le malade lui-même contre les effets possibles de sa maladie. Le rapport indique les modalités à adopter pour l'admission du malade dans un hôpital psychiatrique et pour sa sortie de cet établissement. Il souligne qu'il faut s'efforcer, par tous les moyens, de chasser de l'esprit du public l'idée qu'une fois entré dans un hôpital psychiatrique il est difficile d'en sortir, car cette crainte empêche souvent les intéressés de se faire soigner dès le début d'une maladie mentale. Il examine également la question d'une « tutelle médico-sociale » obligatoire pour les malades soignés en dehors d'un hôpital.

Le rapport décrit ensuite l'organisation du service psychiatrique ainsi que les fonctions et les responsabilités des autorités aux divers échelons ; il expose brièvement les problèmes législatifs qui se posent au sujet des personnes atteintes d'insuffisance mentale, des épileptiques, des alcooliques et des vieillards. Il appelle enfin l'attention sur la nécessité d'adapter les principes législatifs à la structure sociale du pays dont il s'agit : « ...les problèmes posés par l'assistance aux malades mentaux sont relativement simples : il s'agit de fournir à ces malades des moyens de traitement et des possibilités de tutelle en proportion de leurs besoins médicaux et de leur insuffisance sociale. Les solutions à apporter à ces problèmes sont infiniment complexes, car elles doivent varier suivant l'organisation sociale de chaque pays... Il semble... qu'il faille surtout s'attacher à établir des lois fortement insérées dans les traditions culturelles en même temps que largement ouvertes aux possibilités d'évolution ».

L. R.

L'hospitalisation des malades mentaux. Etude de législation sanitaire comparée. (Vol. 6 du *Recueil international de législation sanitaire, Organisation mondiale de la santé*, Genève, 1955).

Plusieurs pays révisent ou envisagent actuellement la révision de leur législation sur l'hospitalisation des malades mentaux. Une étude de législation sanitaire comparée sur les méthodes d'hospitalisation des malades

mentaux utilisées dans une trentaine de pays est donc d'actualité. Selon Ewing, les buts proposés sont ainsi définis : « D'abord, maximum de facilités pour l'obtention rapide de soins médicaux ; ensuite, protection contre un traitement affectivement nuisible ou dépravant ; enfin, protection contre l'internement arbitraire et contre une privation de droits illégale. »

Les différentes méthodes d'admission appliquées dans différents pays ont été analysées dans la première partie du volume sous les rubriques suivantes : admission volontaire, admission non volontaire (admission sous couvert de l'autorité médicale, admission sur décision judiciaire, admission sur décision administrative), admission d'urgence, admission pour observation.

La deuxième partie donne un aperçu des méthodes de placement pour certaines catégories spéciales de malades mentaux, tels les déficients mentaux, les alcooliques, etc. La troisième partie est consacrée aux mesures légales de protection contre la détention arbitraire. La dernière partie résume les tendances des projets actuels de lois et de règlements. Six tableaux annexés à l'étude donnent un aperçu synoptique des principales méthodes de placement des malades mentaux dans différents pays.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

L'année thérapeutique. Médications et procédés nouveaux, par A. Ravina, 26e année, 1954. (Un vol., 210 pages 14 × 21,5, Masson et Cie, éditeurs, Paris 1955).

Comme chaque année, l'auteur de cette excellente publication annuelle a résumé et groupé les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année précédente. Il donne tous renseignements concernant les techniques nouvelles d'application immédiate et facile, et indique les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

Dans une première partie, qui traite de la thérapeutique de 28 maladies ou symptômes, nous signalons parmi les chapitres intéressant particulièrement la neuro-psychiatrie, ceux consacrés : au traitement des formes aiguës des brucelloses par l'association de cortisone aux antibiotiques ; au traitement de l'encéphalite tuberculeuse par l'association d'antibiotiques à une intervention chirurgicale ; au traitement de l'épilepsie par le 5-phényl-5-éthyl-hexa-hydropyrimidine-4-6-dione ; au traitement de la maladie de Parkinson par le trihéxyphénidyl ; à la valeur comparée du traitement de la méningite tuberculeuse par l'isoniazide seul, par la streptomycine seule, par l'association du P.A.S. avec la streptomycine et l'isoniazide ; au traitement des toxicoses du nourrisson par la chlorpromazine, les neuroplégiques, la phénylbutazone et à la mise au point d'une technique systématique du traitement de ces syndromes neuro-toxiques du nourrisson ; au traitement de la syphilis par la pénicilline et au traitement prophylactique de la syphilis congénitale ; à la curarisation par voie rectale comme thérapeutique adjuvante du tétanos.

Parmi les méthodes et techniques nouvelles, figurent : l'emploi des méthodes psycho-physiques et des méthodes neuroplégiques d'analgésie obstétricale ; l'exposé des principales indications de l'hibernation et des avantages

de l'emploi d'un hibernateur atmosphérique ; la ventilation pulmonaire dans le traitement des troubles respiratoires de la poliomyélite et dans des cas de tétanos grave à convulsions fréquentes.

Des 39 études consacrées dans une troisième partie de ce livre aux différents emplois de médications nouvelles, relevons seulement comme étant d'un intérêt neuro-psychiatrique celles consacrées à l'aldostérone et à son action dans la maladie d'Addison ; à la chlorpromazine dans les formes sévères d'ictus apoplectique cérébral ; à la cortisone et à l'hydrocortisone, en particulier dans le traitement du tétanos, du zôna..., à l'érythromycine dans le traitement d'une méningite purulente à staphylocoques ; à l'hormone corticotrope et à son action dans la myasthénie ; à l'iodure de sodium et à son emploi en perfusions à doses massives dans de nombreuses variétés d'affections neurologiques ; à l'isoniazide et à son influence favorable sur les symptômes de la sclérose en plaques ; à la terramycine en particulier dans le traitement des méningites purulentes, etc.

Ce volume, qui contient en outre la table alphabétique des matières des années 1946 à 1953 (dix-huitième à vingt-cinquième année), est ainsi un précieux répertoire des progrès thérapeutiques de ces dernières années.

L. R.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE

Problèmes mentaux des écoliers et Centres médico-psycho-pédagogiques. Le rôle du médecin, par Cl. Launay. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 14 juin 1955).

Ces centres se proposent avant tout de comprendre et d'aider les enfants inadaptés à l'école, les difficultés scolaires étant souvent le signe dénonciateur d'un malaise familial. Ces centres pourraient ainsi, et dans certaines conditions, servir à la formation des futurs maîtres, qui connaîtraient mieux les problèmes psychologiques et sociaux, variables suivant les régions et les quartiers, que posent les enfants inadaptés scolaires ; mais la raison d'être essentielle de ces centres est l'effort thérapeutique vis-à-vis de l'enfant lui-même, qu'il soit médical, pédagogique, psychologique ou social.

L. R.

Expériences avec le test diapositif Z (Erfahrungen mit dem Z. Diapoitivtest), par Fritz Salomon (de Paris). (*Zeitschrift für diagnostische Psychologie und Personlichkeitsforschung*, vol. 2, n° 1, 1954, p. 12-33).

Deux groupes d'enfants israélites de l'Afrique du Nord, de 13 à 15 ans, d'un milieu social peu élevé comprenaient, l'un, cent enfants placés depuis moins de deux semaines dans des homes d'accueil en France, l'autre, cent enfants hébergés depuis plus de six mois dans les mêmes organisations. Le

groupe de contrôle était constitué par cent adultes français. Dans 80 % des cas, il y eut conformité entre Rorschach et Behn-Rorschach d'une part, et test Z, d'autre part. Chaque test fut employé à deux reprises : cette technique se montra particulièrement utile pour les cas caractériels et pathologiques. La sensibilité du test Z est suffisante pour traduire les effets psychologiques de l'éducation. Des applications dans les études psychologiques sont possibles. Tableaux statistiques.

V.-J. Durand.

Un test de vocabulaire et de mémoire (Un test de vocabulario y de memoria), par F. Secadas (de Madrid). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 8, n° 28, octobre-décembre 1953, p. 689-708).

L'auteur présente un test lexi-culturel et de mémoire qui s'est montré utile pour l'étude des corrélations entre la mémoire, l'intelligence et le rendement scolaire. L'indice obtenu par le test permet, connaissant l'âge de l'adolescent, de déterminer le quotient intellectuel. Tableaux. Graphiques.

V.-J. Durand.

Notes sur les difficultés dans l'apprentissage de la lecture, par H. Luccioni. (*Bull. de la Société de pédiatrie d'Alger*, séance du 5 mars 1955).

Parmi ces difficultés, a été isolée tout particulièrement, pour sa fréquence et pour ses conséquences, la dyslexie, qui a été définie en termes de pédagogie. Aucune explication univoque ne peut être donnée qui recouvrirait l'ensemble des cas, et il est préférable de faire de la dyslexie une désadaptation par immaturation ou perturbation d'une des fonctions qui concourent au développement normal de l'acquisition.

Trois groupes de causes : *affectivité* et surtout l'émotivité inhibante, *intelligence* sous la forme d'une insuffisance luigui-spéculative, organisation *perceptivo-motrice,* dont la mauvaise latéralisation. Cependant, ces facteurs jouent d'autant mieux que les conditions scolaires sont défavorables.

L. R.

Les problèmes diagnostiques et thérapeutiques posés par les retards et absences de langage chez le jeune enfant, par C. Kohler et L. Thévenin. (*Comptes rendus de la Réunion lyonnaise de pédiatrie*, séance du 14 novembre 1954).

A propos de six observations cliniques, les auteurs rappellent les causes possibles de l'absence du langage chez l'enfant en les classant suivant le schéma de Pichon : troubles de la fonction appétitive, mutisme par carence ou perturbation affective ; troubles de la fonction ordonnatrice, absence ou retard de langage par arriération intellectuelle ou trouble de l'attention (aprosexie) dans les séquelles d'encéphalites surtout ; troubles de la fonction de réalisation où l'aphasie doit trouver une place autonome quoique réduite et où se présentent surtout les sourds et les hypoacousiques. Devant la complexité des causes possibles, seul un examen complet (psychiatrique et psychologique, neurologique, audiométrique), permettra une orientation et une rééducation satisfaisante.

L. R.

Les aphasies d'évolution ou d'intégration chez l'enfant, par P. Meignant (de Nancy). (*Le bulletin médical*, 68e année, n° 7, 1er avril 1954, p. 177-180).

Rappelant la classification des troubles du langage découlant des travaux d'Edouard Pichon, l'auteur décrit, parmi les aphasies d'évolution de l'enfant : 1) l'aphasie ou audi-mutité par agnosie auditive d'évolution, avec incompréhension du langage parlé ; 2) l'alalie idiopathique (audi-mutité d'expression) comprenant le retard simple du langage, d'une part, et l'alalie ou audi-mutité proprement dite, d'autre part ; 3) enfin, la cécité verbale congénitale, les dyslexies et dysgraphies d'évolution. Pour l'ensemble de ces troubles, le terme de dysgnosie ou de dyspraxie paraît plus conforme à la réalité que celui d'agnosie. Il y a, ordinairement, évolution progressive vers l'amélioration. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Rôle de l'hyperémotivité dans les inadaptations psychologiques, par J.-M. Sutter, H. Luccioni, R. Begarra, S. Kiener et M. Filiu. (*Bull. de la Société de pédiatrie d'Alger*, séance du 5 mars 1955).

Après avoir rappelé l'opposition classique des formes « expansive » et « inhibante » de l'émotivité, les auteurs donnent deux cas d'enfants inadaptés où l'hyperémotivité était surtout en cause. Signalant l'efficacité du traitement et surtout une action « éducatrice » sur le milieu, ils protestent contre le désintérêt excessif des facteurs constitutionnels.

L. R.

Considérations sur l'état du développement moteur dans les instabilités de l'enfance et de l'adolescence, par Léon Michaux, P. Duranton et Mlle L. Moor. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 17 mai 1955).

Se basant sur l'étude clinique et l'état des tests dans 27 observations (état de la motricité, tests d'Ozeretzki ; incidents affectifs, test de Rorschach), les auteurs constatent : 1° qu'un terrain affectif spécial, d'impulsivité, est à la base de tous les cas, innés ou acquis : l'impulsivité est objectivée par le Rorschach comme chez les épileptiques ; mais l'impulsivité, pure chez les instables, est associée chez les épileptiques à la viscosité mentale ; 2° que des incidents affectifs (dissociation familiale) sont retrouvés 18 fois sur 27 ; 3° qu'il existe des anomalies de la motricité dans 22 cas sur 27 ; 4° que les incidents neurologiques interviennent dans deux cas (traumatisme cranien, gaucherie contrariée).

L'instabilité est psycho-motrice, à la fois neurologique et psychiatrique ; le premier élément dominant dans les cas d'apparition précoce et inversement. Il y a un terrain affectif commun à toutes les variétés. S'il s'y associe un terrain neurologique, l'instabilité est constitutionnelle. Dans le cas contraire, l'instabilité acquise peut apparaître si des facteurs interviennent : traumatisme cranien, gaucherie contrariée, facteurs affectifs (instabilité conditionnée de G. Heuyer et S. Lebovici). Mais il est des formes mixtes et le problème n'est pas tant de distinguer entre les deux formes conditionnelle et conditionnée, que de déterminer la part des deux groupes de facteurs dans un même cas.

L. R.

A propos des prétendus retards de développement génital chez l'enfant et l'adolescent, par Jean Vague (de Marseille). (*La Presse médicale*, 27 août 1955).

L'emploi abusif des hormones destinées à traiter un prétendu retard pubertaire est aujourd'hui très répandu. Jeunes garçons, tantôt obèses gynoïdes aux organes génitaux apparemment retardataires, tantôt de poids en rapport avec leur taille, mais un peu petits et n'ayant pas fait leur puberté à 15 ans, tantôt encore porteurs de fausse ectopie, de testicules en ascenseur, jeunes filles aux aspects divers et dont la puberté n'est pas annoncée à 14 ans ou achevée à 15 ans sont couramment traités par testostérone, œstrogènes, gonadotrophines. Ces traitements, qui doivent être réservés aux cas vraiment pathologiques, sont ici inutiles, car la puberté s'effectue sans eux spontanément et sans difficulté, avec un à deux ans de retard, comme elle s'est généralement effectuée dans la lignée. Ils sont aussi dangereux, car ils déséquilibrent le développement pubéral, anatomique, physiologique et psychologique, les divers récepteurs ne répondant pas également à la sollicitation hormonale.

L. R.

Strabisme et énurésie, par Mme Polge-Legrand et F. Paycha. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 3 décembre 1954).

L'interrogatoire systématique des strabiques révèle, soit chez le strabique lui-même, soit dans son ascendance, soit chez les collatéraux, l'existence d'énurésie, de gaucherie et de bégaiement. Sur 55 strabiques : 15 % sont bègues ou ont des difficultés d'élocution ; 33 % sont gauchers ; 46 % sont énurétiques et dans leur famille on relève dans 66 % des cas d'autres strabiques, 31 % des bègues, 71 % il y a des gauchers, 11 % il y a des énurétiques.

Ces associations mettent en évidence un mécanisme commun, peut-être une immaturation du système nerveux central commandant une thérapeutique générale neurotonique, tel l'acide glutamique, parallèlement aux traitements locaux classiques du strabisme.

L. R.

Étude sur les rythmies du jour ou du sommeil chez l'enfant (Spasmus nutans, tic de Salaan, jactatio capitis nocturna), par M. Schachter (de Marseille).(*L'Encéphale*, t. 43, n° 2, 1954, p. 173-192).

Rappelant les caractères cliniques de ces symptômes, l'auteur rapporte six observations de spasmus nutans (trois avec troubles digestifs et métaboliques, trois avec atteinte neuro-organique), treize de tic de Salaam, survenant chez des enfants sévèrement touchés au point de vue mental, d'où pronostic réservé, enfin quinze cas de jactatio capitis nocturna ou tic du sommeil, sans retard intellectuel, mais avec fréquence relative de l'énurésie. Dans l'ensemble, si le spasmus nutans peut impliquer un pronostic neuropsychologique sérieux, le tic de Salaam est pratiquement toujours la marque d'une atteinte nerveuse sévère. Quant au tic du sommeil, il touche ordinairement des enfants pratiquement normaux, par ailleurs. Le traitement

dépend des signes cliniques et des résultats des examens complémentaires. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Contribution à la connaissance de l'étiopathogénie du mongolisme (Contributo alla conoscenza dell'etiopatogenesi del mongolismo). par Antonino Sciorta et G. Cipollina (de Palerme). (*Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. 78, fasc. 1, 31 mars 1954, p. 85-109).

Après avoir rappelé les diverses hypothèses émises pour expliquer l'étiopathogénie du mongolisme, les auteurs rapportent les résultats de recherches personnelles portant sur trente cas. Elles ne sont pas en faveur de l'hérédité de la maladie, ni de l'importance de l'hérédo-syphilis, mais évoqueraient plutôt une cause générale d'épuisement de l'organisme maternel, une diminution de la fonction génitale ou une atteinte locale endo-utérine. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Gargoylisme associé à une craniosténose et compliqué par un glaucome bilatéral. (*Présentation de malade*), par J. Chaptal, R. Jean, Mme Cl. Campo et J.-L. Viala. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 3 décembre 1955).

Enfant de 5 ans 1/2 chez lequel aux signes classiques de gargoylisme s'associaient une craniosténose totale, un glaucome bilatéral avec hypertension du globe oculaire à 80 cm. de mercure, enfin des lacunes craniennes. Les craniosténoses ne sont pas exceptionnelles au cours du gargoylisme, et quelques observations de glaucome ont été publiées. Les auteurs se demandent dans le cas présenté si le glaucome fait partie de la dystrophie de Hurler ou s'il n'est pas secondaire à une gêne de la résorption de l'humeur aqueuse par suite de l'hypertension intracranienne précoce et intense présentée par le malade. Les lacunes craniennes posent le problème nosologique de l'association ou de la dépendance du syndrome de Hurler et d'une dyslipoïdose. Une craniotomie décompressive a été pratiquée dans le dessein de libérer l'hypertension intracranienne, de contrôler si la pression intra-oculaire diminuera, ou d'étudier les lésions qui existent au niveau des lésions osseuses craniennes.

L. R.

Psychose choréique, par J. Chaptal, R. Lafon, J.-L. Faure, J. Minvielle et J. Abric. (*Comptes rendus de la Journée pédiatrique de la clinique des maladies des enfants de Montpellier*, séance du 23 janvier 1955).

Observation d'un enfant de 14 ans, ayant présenté au cours d'une chorée aiguë de Sydenham une psychose caractérisée par un onirisme ; des hallucinations sans confusion, avec réactions délirantes de crainte, répondant au type de Knauer. Disparition par une cure d'A.C.T.H.

L. R.

Délire induit d'apparence hallucinatoire chez un enfant de 10 ans, par Léon Michaux, Mlle M. Saulnier et J. Dehelly. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 15 février 1955).

Les auteurs rappellent la rareté du délire chez l'enfant en dehors du délire imaginatif. Les hallucinations, certes, sont exceptionnelles, il semblerait qu'on doive, par contre, observer aisément des interprétations (qui sont un trouble du jugement, celui-ci rudimentaire chez l'enfant) et des intuitions (forme d'expression de la pensée prélogique). On s'attendrait surtout à voir l'enfant candidat tout désigné au délire induit qui dépend de la suggestibilité, caractère psychologique essentiel de l'enfant. Il n'en est rien. Pourquoi cette rareté ? Probablement parce que l'élaboration d'une interprétation délirante, d'un délire à partir d'intuitions, voire l'assimilation à la personnalité d'un délire « tout mâché » puisque induit, requiert un certain pouvoir de concentration et de persévération mentales qui manque à l'enfant. Là est vraisemblablement ce qui le fait inapte au délire.

L. R.

Accidents nerveux des cardiopathies congénitales cyanogènes, par Stéphane Thieffry et Pierre Corone. (*Bull. de la Société française de cardiologie*, séance du 15 mai 1955).

Les auteurs ont étudié 80 observations de nourrissons et de jeunes enfants atteints de cardiopathies congénitales cyanogènes. 50 de ces observations comportent un examen anatomique du cerveau.

Les accidents critiques passagers, crises de cyanose, pertes de connaissance, convulsions, syncopes, leur ont paru, conformément à l'opinion classique, liés à l'anoxie. Leurs constatations électro-encéphalographiques et histologiques plaident dans ce sens.

Ils ont observé un cas d'abcès du cerveau et rappellent, à ce propos, l'intérêt d'une intervention neuro-chirurgicale précoce. Ces abcès ne seraient pour eux que des ramollissements cérébraux infectés.

Ils apportent à l'étude des accidents paralytiques, dont ils ont observé 22 cas, une contribution anatomique importante, basée sur l'étude systématique de 50 cerveaux. La dilatation des veines de la convexité et la richesse vasculaire remarquable de ces cerveaux leur paraissent liées à l'augmentation de la masse sanguine, à l'anoxie et à l'hypercapnie. A l'origine des ramollissements (ils en ont trouvé 12 dont 9 artériels), ils discutent la responsabilité d'une thrombose veineuse, d'une thrombose artérielle, peut-être d'une embolie paradoxale. Eviter l'hémo-concentration leur paraît de première importance pour éviter les thromboses responsables de ces accidents paralytiques.

L. R.

Les données de l'électro-encéphalographie dans le pronostic de la méningite tuberculeuse de l'enfant, d'après l'étude de 400 tracés, par Ch. Sarrouy, Mme Saint-Jean et L. Sendra. (*Bull. de la Société de pédiatrie d'Alger*, séance du 5 mars 1955).

D'après l'étude de 400 tracés électro-encéphalographiques : 1° les tracés de début peuvent être un bon élément de pronostic dans les cas extrêmes : si le tracé est sensiblement normal, le pronostic est bon ; si le tracé est très perturbé, le pronostic est grave.

Par contre, dans les cas moyens, ce sont les tracés d'évolution qui permettent de prévoir l'issue de la maladie.

2° L'évolution a été étudiée sur des courbes indiquant la gravité de l'électro-encéphalogramme en fonction du temps et comparé, d'une part, à la courbe cytologique de la ponction lombaire et, d'autre part, à la clinique. C'est l'électro-encéphalogramme qui donne le meilleur élément de pronostic.

L'évolution électrique peut grossièrement se ramener à quatre types de courbes : *a*) courbe horizontale basse, les tracés sont toujours normaux, le pronostic est excellent ; *b*) courbe toujours croissante, les électro-encéphalogrammes sont de plus en plus anormaux, le pronostic est très mauvais ; *c*) courbes rapidement décroissantes, les électro-encéphalogrammes se normalisent rapidement avant la ponction lombaire, les malades guérissent sans séquelles ; *d*) la courbe est très lentement décroissante, les électro-encéphalogrammes ne se normalisent qu'après un temps très long d'évolution ; après la ponction lombaire, les malades guérissent mais avec des séquelles souvent importantes.

L. R.

A propos d'un cas d'irido-choroïdite chez un enfant atteint de méningite cérébro-spinale, par M. Kaplan, Mme Auvert, Ducas et Taupinard. (*Bull. de la Société d'ophtalmologie de Paris,* séance du 19 février 1955).

Cas d'irido-choroïdite unilatérale survenue au début d'une méningite cérébro-spinale. Guérison obtenue sans séquelle grâce à une thérapeutique polyvalente précocement instituée (pénicilline, streptomycine, terramycine et trisulfamide réparties par voies intrarachidienne, intraveineuse, intramusculaire, orale et locale).

Dans un autre cas d'irido-choroïdite, d'apparence initiale, dont le germe s'identifie localement à du pneumocoque et à du staphylocoque, chez un enfant ayant fait une poussée thermique à 40° avec angine. Le traitement institué (terramycine, atropine et néosynéphrine en instillations locales, et pénicilline par voies générale et sous-conjonctivale) semble avoir été insuffisant pour arrêter l'évolution de l'irido-choroïdite qui aboutit à la perte fonctionnelle de l'œil et à son atrophie.

L. R.

Méningo-encéphalite à torula chez un nourrisson, par P. Monnet, J. Coudert, M. Bethenod et P.-E. Blanc. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Lyon,* séance du 17 janvier 1955).

Observation de torulose cérébro-méningée à torula *stricto sensu* et d'évolution fatale chez un nourrisson de 10 mois. Au cours de l'évolution, atteinte du poumon. Le diagnostic ne fut établi qu'après l'autopsie. Un traitement prolongé pénicillino-streptomyciné entraîna une normalisation du liquide céphalo-rachidien, mais n'empêcha pas la mort. A l'autopsie, atrophie des lobes frontaux qui apparurent bourrés de formations pseudo-kystiques. Parasite aisément mis en évidence à l'intérieur du parenchyme cérébral et du poumon. Il existait également une volumineuse arachnoïdite hyperplasique et adhésive et une thrombose peu inflammatoire du sinus longitudinal supérieur. L'agent habituel des toruloses cérébro-méningées est le *Crypto-*

coccus neoformans, de la série Mucédinée. Dans ce cas, il s'agissait d'un torula *stricto sensu* de la série des Dématiés.

L. R.

Encéphalite herpétique. Etude virologique et immunologique, par S. Thieffry, Mmes Martin, Y. Drouhet et J. Bouchard. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 26 avril 1955).

Observation d'un enfant de 3 ans entré à l'hôpital dans le subcoma, avec une fièvre à 40°, de la somnolence, une paralysie faciale gauche périphérique, une légère raideur de la nuque. On constata, en outre, quelques convulsions, une gêne respiratoire avec encombrement pharyngé. Au bout de trois jours, l'enfant paraissait « aux portes de la mort », mais son état s'améliora sous l'influence d'un traitement neuroplégique et l'enfant guérit, ayant présenté entre-temps un petit bouquet d'herpès labial. La paralysie faciale mit trois semaines à disparaître.

L'étude virologique et expérimentale permet d'incriminer une étiologie herpétique. L'isolement du virus à partir du liquide céphalo-rachidien et l'inoculation à des lapins et des souris, avec série de passages, a, dans tous les cas et dans les délais voulus, provoqué une encéphalite typique avec constatation des inclusions nucléaires de l'herpès. En outre, l'épreuve de déviation du complément a été positive, et a permis de constater l'apparition progressive, puis la disparition des anticorps.

Les herpès cutanés sont loin d'être constants, même dans les encéphalites herpétiques.

L. R.

Séquelles neuro-psychiatriques au cours des syndromes encéphalitiques de l'enfant, par Claude Kohler et Mme Madeleine Levin-Pacaud. (*Comptes rendus de la Réunion lyonnaise de pédiatrie*, séance du 6 mars 1955).

Ce terme d'encéphalite est souvent employé à tort : antécédents de l'enfant avant l'encéphalite n'étant pas précisés, processus encéphalitique mal défini. Aussi les séquelles de véritables syndromes encéphalitiques sont rares.

Vingt cas sont recueillis, presque tous dans le service de neuro-psychiatrie infantile du professeur Dechaume). Deux groupes de séquelles sont individualisés : 1° séquelles des encéphalites dites secondaires ; 2° séquelles des encéphalites dites primitives.

Les séquelles des encéphalites secondaires sont en général fixées et paraissent donc correspondre au type anatomique décrit dans ces dernières : encéphalite périveineuse.

Les séquelles des encéphalites primitives ne sont souvent pas liées à un processus encéphalitique, mais semblent secondaires à ce type individualisé récemment : la phlébite cérébrale. Lorsqu'elles sont dues à une encéphalite véritable, elles revêtent l'aspect de leuco-encéphalite et prennent une allure évolutive.

Cette différenciation étiologique permet de déduire des indications thérapeutiques : traitement anti-inflammatoire (chocs, radiothérapie à petites doses) dans les séquelles de leuco-encéphalites ; dans les séquelles des encé-

phalites périveineuses et les phlébites où le processus est stabilisé, la thérapeutique sera moins agressive : ionisation, bévitine, acide glutamique.

L. R.

Suites éloignées d'une réaction encéphalitique consécutive à une brûlure grave, par J.-M. Sutter et Mme M.-L. Debrie. (*Bull. de la Société de pédiatrie d'Alger*, séance du 5 mars 1955).

Enfant de 9 ans, présentant une dyslexie, de l'instabilité psycho-motrice et de l'hyperémotivité. Les troubles sont consécutifs à une brûlure grave remontant à l'âge de 2 ans et qui avait été immédiatement suivie d'un coma de 48 heures et d'une perte des notions acquises du langage. Discussion sur les mécanismes pathogéniques.

L. R.

Evolution artériologique d'un volumineux anévrysme sylvien opéré avec succès chez un enfant de 7 ans par J. Pecker et W. Greets. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, séance du 30 novembre 1954).

Observation d'un enfant ayant présenté, 36 heures après un léger traumatisme, un coma avec hémiplégie droite et paralysie oculo-motrice. L'artériographie révèle un volumineux anévrysme fusiforme de la sylvienne. Après évacuation de l'hématome intra-cérébral, une nouvelle artériographie montre que l'anévrysme s'est thrombosé. La cure radicale est cependant pratiquée devant la persistance du syndrome neurologique. Amélioration de l'hémiplégie et de l'aphasie après l'intervention, alors qu'une artériographie de contrôle montre la vacuité complète du territoire sylvien gauche.

L. R.

Hémiplégie à rechutes chez un enfant ; hématome intra-cérébral avec anévrysme multi-sacculaire de l'artère sylvienne droite, par M. Bernheim, G. Allègre, J. Bertrand et R. Gilly. (*Comptes rendus de la Réunion lyonnaise de pédiatrie*, séance du 6 mars 1955).

Une hémiplégie à rechutes survenant chez l'enfant doit faire penser à l'existence d'une malformation vasculaire cérébrale. En plus de l'électro-encéphalographie, il faut, en pareil cas, pratiquer une angiographie cérébrale qui rend compte de la présence de l'anomalie vasculaire ; elle permet surtout d'en préciser les caractères hémodynamiques et de prévoir un geste chirurgical curatif. Ces conditions étaient réalisées chez un enfant de 8 ans qui présenta deux accidents hémiplégiques, l'un à 18 mois, l'autre quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Se basant sur l'artériographie, qui précisait la topographie de la malformation, le malade fut opéré. On trouva un hématome secondaire à un anévrysme multi-sacculaire de l'artère sylvienne droite. Guérison rapide maintenue depuis huit mois.

De tels tableaux neurologiques sont loin d'être l'exception lorsqu'une anomalie vasculaire, angiome ou anévrysme, est en cause.

L. R.

Contribution clinique à la connaissance de la myasthénie grave dans l'enfance. (Contributo clinico alla conoscenza della myasthenia gravis nell' infanzia), par G. Bollea et M. Levi (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 1, janvier-février 1954, p. 44-62).

Trois observations de myasthénie grave sont rapportées concernant : une fillette de 8 ans, une de 10 ans et un garçon de 7 ans. Les problèmes diagnostiques sont particulièrement développés. Les tableaux cliniques sont comparés à ceux d'un garçon de 10 ans atteint de dystrophie musculaire sans pseudo-hypertrophie, d'une fille de 10 ans avec blépharoptose et diplopie, enfin d'un nourrisson de 6 mois présentant une microphtalmie. Une analyse de la littérature termine le mémoire. Bibliographie.

V.-J. Durand.

A propos de 2 observations de tétanos du nouveau-né d'évolution favorable. Discussion du rôle de la chlorpromazine dans la prévention des séquelles neurologiques, par J. Chaptal, R. Jean, Mme Cl. Campo et G. Olivier. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 3 décembre 1954).

Les auteurs apportent deux observations de tétanos néo-natal d'évolution favorable, traités, en plus de l'administration de fortes doses de sérum purifié, l'un par les méthodes adjuvantes classiques : chloral et somnifène, l'autre par hibernation. L'hibernation ne fut obtenue que lorsque les doses de 7 mgr. puis de 9 mgr. par kilogramme de poids de chlorpromazine furent atteintes ; elle fut maintenue pendant 21 jours.

Le premier malade a comme séquelle une encéphalopathie psycho-motrice (soit par lésions d'anoxies produites pendant les phases prolongées et répétées d'apnée spasmodique, soit par lésions veineuses secondaires aux accès d'hyperthermie qui atteignaient jusqu'à 42°, soit enfin par troubles hydro-électrolytiques produits par des difficultés d'alimentation). Accès spasmodiques moins intenses et moins fréquents, absence de poussées d'hyperthermie, facilité relative d'alimentation par gavage, attribués à l'hibernation, permirent d'obtenir dans le deuxième cas une guérison sans séquelles.

L. R.

PSYCHOLOGIE

Le travail, les métiers, l'emploi, par I. Meyerson, J.-P. Vernant, A. Soboul, J. Dautry, Friedmann, A. Touraine, P. Naville, J.-D. Reynaud, M. Reuchlin, S. Pacaud, M. Lefetz, J. Morin et J. Vincent. (208 pages, *in Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1955).

Ce numéro spécial consacré au travail débute par un article dans lequel M. I. Meyerson, envisageant *le travail, fonction psychologique*, montre que si la psychologie du travail n'a pu devenir une discipline autonome qu'au XXe siècle, c'est qu'il fallait pour cela « qu'elle eût ce double donné, constitué et établi : la fonction psychologique du travail, systématisée et différenciée ; l'agent d'un type psychologique nouveau, la personne, étoffée, organisée et centrée... L'interpénétration des deux donnés se fait sous nos

yeux ». De difficiles problèmes surgissent chaque jour et quelques-uns d'entre eux sont étudiés ici.

Après des études de M. J.-P. Vernant sur *Travail et nature dans la Grèce ancienne*, de M. A. Soboul sur les *problèmes de travail en l'an II* et de M. J. Dautry sur *la notion de travail chez Saint-Simon et Fourier*, M. G. Friedmann indique *quelques aspects et effets récents de l'éclatement des tâches industrielles*.

M. A. Touraine expose ensuite l'histoire de cette notion qu'est *la qualification du travail* (sens et phases de l'évolution professionnelle, habileté professionnelle et qualification, qualification et statut, qualification professionnelle et politique sociale), tandis que M. P. Naville examine *la fonction professionnelle des ménages* (rapport entre le métier des époux et des épouses d'un même ménage, lorsqu'ils en ont un). M. J.-D. Reynaud apporte quelques réflexions sur les *aspects psychologiques de la formation syndicale en France*.

M. M. Reuchlin étudie ensuite les diverses perspectives dans lesquelles fut successivement envisagée *l'étude scientifique du travail humain, les aspects de l'évolution des idées et des méthodes*. Comparant les résultats de la *méthode normative* et de la *méthode expérimentale en psychologie du travail*, M. S. Pacaud met l'accent sur les bases solides et les garanties de contrôle qu'offre la méthode expérimentale.

Signalons encore dans cet important numéro : *un exemple d'analyse psychotechnique, la sélection des livreurs à domicile* par M. S. Lefetz ; une *étude psychotechnique du travailleur marocain, l'application du test de pliage du fil de fer* par M. J. Morin et les résultats d'une enquête sur *le rendement des travailleurs en Côte d'Ivoire*, par M. J. Vincent.

L. R.

Des goûts et penchants professionnels, par Franziska Baumgarten-Tramer (de Berne). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 15e année, fasc. 2, mars-avril 1954, p. 127-133).

Il apparaît, d'une enquête faite auprès de 4.500 apprentis des deux sexes, que ce n'est pas une profession dans sa totalité qui plaît, mais seulement un de ses procédés particuliers. L'inclination professionnelle n'est pas un tout, comme on le pense souvent, mais seulement une inclination partielle, une tendance à la partie pour le tout. Cela explique l'adaptation à une profession choisie à contre-cœur, si un des actes de cette profession devient plaisant. A l'inverse, on comprend l'abandon d'un métier choisi librement, parce que la pratique révèle un procédé désagréable qui rend rebutant le travail dans son ensemble.

V.-J. Durand.

L'importance du facteur humain dans les relations du travail, par Albert Sassi (de Genève). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, 34e année, n° 2, février 1954, p. 49-81).

La grande importance du facteur humain dans les relations du travail ressort d'une enquête récente de l'Institut de technologie Carnegie, qui a révélé que la réussite d'un chef d'entreprise dépend pour 13 % de ses connaissances techniques et pour 87 % de son habileté en matière de rela-

tions humaines. C'est ce que montre également l'auteur à l'aide d'exemples démonstratifs, en rappelant d'autre part quelques préceptes utiles pour l'établissement de bonnes relations interhumaines dans le milieu professionnel ; ce sont spécialement les rapports entre supérieurs et subordonnés qui sont envisagés. De grands progrès sont possibles grâce à une juste compréhension mutuelle. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Citoyens. Fonctionnaires. État. (Bürger. Beamter. Staat), par Hans Fürst. (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, 34e année, n° 6, juin 1954, p. 269-282).

L'auteur étudie les sentiments du citoyen devant l'état et ses représentants : les fonctionnaires. Il y a impression d'impuissance devant l'omnipotence de l'appareil étatique et ressentiment à l'égard de la bureaucratie. Le fonctionnaire doit être conscient du danger d'un abus de pouvoir, savoir qu'il est au service de l'ensemble des citoyens. Comme le disait Pestalozzi, l'homme ne doit pas être étatisé, c'est l'état qui doit être humanisé. Médiateur entre l'état et les citoyens, le fonctionnaire doit imprimer un esprit vivant aux lois. Son recrutement doit être assez difficile ; le fonctionnaire doit être un caractère, une personnalité, et non un simple exécutant routinier.

V.-J. Durand.

PSYCHANALYSE

Psychanalyse et médecine psychosomatique (Psicanalise e medicina psicossomatica), par Darcy M. Uchoa. (*Neurobiologia*, Recife, t. 6, n° 3, septembre 1953, p. 239-251).

Bien que les origines de la médecine psychosomatique soient anciennes, l'apparition de la psychanalyse en a beaucoup facilité le développement. L'auteur rappelle les éléments de diagnostic entre psychonévroses, organonévroses et névroses actuelles, admettant d'ailleurs de nombreuses formes de transition. Le rôle important des systèmes nerveux et endocrinien, en relation avec les facteurs émotionnels, est montré. Quelques considérations sont faites à propos de l'ulcère gastro-duodénal, de l'asthme bronchique, de l'hypertension essentielle, des dermatoses. Dans l'ensemble, une conception psychologique plus profonde aide le médecin à obtenir une meilleure compréhension des problèmes du malade. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Tendance nouvelle de la technique psychanalytique à propos de 3 cas, par Mme Simone Blajan-Marcus. (*Bull. de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres de France*, séance du 3 mai 1955).

L'« orthodoxie » réside, dans la base, en les éléments essentiels de la théorie freudienne, et en une attitude de neutralité bienveillante, totalement réceptive, qui ne peut être atteinte que progressivement. Les questions de détail telles que la position couchée, le nombre et la fréquence des séances et autres,

demandent aussi à être appliquées avec une compréhension éclairée des conséquences qu'elles entraînent et de leur importance. Une attitude figée proviendrait d'une croyance à la valeur rituelle, magique de ces détails, et empêcherait un progrès bien nécessaire dans ce domaine. Il est permis d'espérer que l'on parviendra, sinon à raccourcir de beaucoup la durée du traitement analytique, du moins à en diminuer la fréquence, donc le coût, l'assujettissement, et à en augmenter la souplesse, la précision et l'efficacité.

L. R.

ANATOMIE

L'anatomie pathologique des états schizophréniques, par Jean Lhermitte. (*L'encéphale*, t. 43, n° 2, 1954, p. 97-120).

Rappelant les recherches anciennes sur l'anatomie pathologique de la démence précoce et, en particulier, ses travaux avec Klippel, l'auteur montre la difficulté de ces études. Le domaine de la schizophrénie est mal délimité, les lésions observées peuvent être contingentes, antérieures à la maladie, terminales. L'évolution des conceptions est décrite. Le congrès des histopathologistes du système nerveux, tenu à Rome en septembre 1952, a permis de nombreuses précisions, de même que le développement de la neurochirurgie. Certains points, cependant, demeurent obscurs. D'autre part, l'application courante de méthodes de choc complique le problème en apportant parfois des altérations nouvelles. Enfin, il faut connaître aussi l'existence de localisations nerveuses extracérébrales de la démence précoce. Il reste beaucoup à faire.

V.-J. Durand.

Recherches sur le comportement de la glie du chiasma et des nerfs optiques chez les déments séniles et les artérioscléreux et chez les animaux en âge avancé (Ricerche sul comportamento della glia del chiasma e dei nervi ottici nei dementi senili ed arteriosclerotici e negli animali in eta avanzata), par Giorgio Leoni (d'Imola). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 2, 1954, p. 197-211).

Etudiant la névroglie du chiasma et des nerfs optiques chez des déments séniles, des artérioscléreux, ainsi que chez des animaux âgés, l'auteur a trouvé une hyperplasie astrocytaire et oligodendrocytaire, avec faible degré de phénomènes régressifs. La nature des lésions pourrait faire admettre une réaction à une intoxication lente et faible. Six figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Remarques physio-pathologiques sur l'hypersécrétion ventriculaire, par J. Guillaume et J. Janny. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, séance du 30 novembre 1954).

Chez les sujets atteints de grande hydrocéphalie active, une relation précise existe entre le débit de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien, et la pression intra-cranienne, de sorte qu'une sécrétion faible et à peu près physiologique se trouve maintenue malgré une pression souvent très élevée.

Ce phénomène constitue une véritable hypersécrétion latente, qui devient effective aussitôt que la pression se trouve ramenée à un niveau normal, et qui s'exalte encore dans les heures qui suivent cette manœuvre. Il y a sans doute là l'explication la plus simple des accidents d'hypersécrétion aiguë, consécutifs à la désobstruction des hydrocéphalies bloquées, et l'indication d'y pallier par l'installation post-opératoire d'un drainage ventriculaire externe maintenu quelques jours sous pression contrôlée.

L. R.

Contribution anatomo-pathologique à l'étude des métastases de tumeurs endocraniennes (Contributo anatomo-patologico allo studio delle metastasi da tumori endocranici), par Pier Lodovico Ricci (de Bologne). (*Il cervello*, 30e année, n° 3, 15 mai 1954, p. 177-192).

L'auteur rapporte une observation de carcinome des plexus choroïdes avec métastases au poumon droit chez un homme de 32 ans. L'examen anatomo-pathologique macroscopique et microscopique permet d'éliminer la possibilité d'une double néoplasie (carcinome des plexus choroïdes, cancer primitif du poumon). Quelques considérations sont faites sur la question des métastases des tumeurs du cerveau. Dix figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Constatations pathologiques dans l'épilepsie temporale, par A. Meyer, M. A. Falconer et E. Beck. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 17, novembre 1954, p. 276).

Les auteurs rapportent leurs constatations anatomo-pathologiques dans 18 cas de résection temporale chez des sujets atteints d'épilepsie temporale ; dans un cas, l'examen *post-mortem* a porté sur tout le cerveau. La plupart des sujets présentaient des troubles de la personnalité et du comportement sans autres symptômes cliniques et constatations neuro-radiologiques. L'électro-encéphalographie décelait un foyer temporo-épileptique unilatéral. Les auteurs ne donnent pas d'autres indications cliniques ou mentales sur les sujets.

Le matériel peut être divisé en deux groupes. Le premier comprend quatre cas avec petites tumeurs et un cas avec une cicatrice post-traumatique. Le deuxième groupe est le plus important : il est de 14 cas. Tous les sujets, sauf un, bénéficièrent de l'intervention. Des lésions s'observent dans tous les cas mais diffèrent considérablement en qualité et en intensité. Dans la plupart, on note une atrophie laminaire de la troisième couche corticale, souvent située dans la profondeur des sillons ; elle serait la conséquence de l'anoxie. La sclérose d'Ammon a été trouvée altérée dans sept cas sur les douze cas où elle fut étudiée, l'épilepsie avait débuté avant l'âge de 10 ans, sans qu'on puisse relever chez les malades un traumatisme obstétrical ou des convulsions sévères antérieures. Dans trois cas, on note un traumatisme à la naissance, dans trois autres une complication cérébrale au cours de la rougeole, de la varicelle ou au moment de la dentition. De leurs examens, les auteurs concluent que la « sclérose incisuraire » résultant d'un trauma obstétrical n'est pas la cause exclusive de l'épilepsie temporale et que d'autres causes survenant, soit pendant les premiers mois de la vie, soit pen-

dant l'enfance et même pendant l'adolescence, sont au moins aussi fréquentes.

L. Marchand.

Etude anatomique et électrique de la corne d'Ammon chez quatre épileptiques ayant subi une hémisphérectomie, par M. M. C. Gros, L. Van Bogaert et J. Cadilhac. (*Revue neurologique* t. 92, n° 2, 1955, p. 96).

La première observation concerne un sujet de 28 ans atteint d'hémiplégie spasmodique gauche, d'épilepsie et de retard mental. L'étude macroscopique montre une atrophie périfalciforme droite intéressant la partie inférieure du lobe orbitaire, l'insula et la partie inférieure du lobe temporal.

Dans la deuxième, le sujet de 9 ans, idiot, présente une hémiplégie spasmodique gauche et des crises convulsives. L'examen macroscopique décèle l'atrophie très importante de tout l'hémisphère droit.

La troisième concerne un sujet de 11 ans, épileptique, avec retard intellectuel. Aucune atrophie corticale.

La quatrième a trait à un sujet âgé de 14 ans ; il présente une hémiplégie droite et son intelligence est en voie de régression. A l'examen macroscopique, grosse atrophie de l'hémisphère gauche.

Du point de vue électro-encéphalographique, l'activité spontanée et les post-décharges ammoniques sont différentes selon qu'il existe ou non des lésions histologiques de l'hippocampe. De leurs résultats électro-anatomiques, les auteurs discutent l'hypothèse d'une participation de la corne d'Ammon aux décharges électriques. Leurs constatations électro-encéphalographiques et électro-corticographiques seraient en faveur de la participation anatomique. Toutefois, ils admettent « qu'il est possible de déclencher sur une corne d'Ammon anatomiquement indemne (soit chez un épileptique, soit chez un sujet non épileptique), de longues périodes d'activité rythmique analogues à celles qui sont notées spontanément lorsque l'hippocampe est lésé ». Quant au rôle possible de la corne d'Ammon, lors de certaines manifestations épileptiques, les auteurs croient que « ce rôle peut être envisagé lors des manifestations psychiques non ictales, particulièrement propres à l'épilepsie temporale ». Il serait peut-être indiqué de faire de telles recherches sur la corne d'Ammon chez des sujets atteints d'épilepsie dite idiopathique et surtout ne présentant pas de lésions aussi étendues et aussi profondes que celles décrites dans ces observations.

L. Marchand.

Etude anatomique d'un cas mortel par ingestion, dans un but de suicide, d'acide chlorhydrique concentré, par R. Levillain et A. Sarrazin. (*Bull. de la Société anatomique de Paris*, séance du 3 février 1955).

Observation d'une malade âgée d'environ 60 ans décédée dix heures après l'absorption d'acide chlorhydrique ; l'autopsie très précoce permit de trouver des lésions nécrotiques au niveau de la bouche, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin grêle jusqu'à 1,50 m. après le pylore. Les voies respiratoires supérieures présentaient également de nombreuses plages sphacéliques. Les phénomènes inflammatoires, congestions et thromboses de nombreux vaisseaux, dominent le tableau histologique.

L. R.

BIOLOGIE

Anthropologie différentielle et typologie, par Pierre Joannon. (*Bull. de la Société d'anthropologie de Paris*, séance du 18 février 1955).

M. Pierre Joannon rappelle les raisons pour lesquelles en 1950, au congrès de Royaumont, l'expression anthropologie différentielle fut préférée au mot biotypologie.

Deux parties peuvent être distinguées dans l'anthropologie différentielle : la typologie, qui est synthétique, exige des corrélations et vise une sorte de définition de l'être, brève et claire ; l'anthropographie, qui reste analytique et se contente d'une énumération. Les résultats qu'elles cherchent sont comparables, pour la première à une pyramide, pour la seconde à un tas de matériaux. Celui-ci, jamais inutile, peut être appelé anthropogramme si les éléments de différenciation retenus concernent la structure, la physiologie et la psychologie ; si ces éléments n'ont trait qu'à un seul aspect de l'homme, ils constituent un morphogramme, un physiogramme ou un psychogramme. De nouvelles recherches, notamment statistiques, permettront d'enrichir l'anthropographie et, par la découverte de corrélations insoupçonnées, de contribuer aux progrès d'une typologie prudente et objective échappant à des cadres trop systématiques.

L. R.

Le sondage des espaces nerveux (Sondaggio degli spazi nervosi), par A. Montanari (de Florence). (*Rivista di neurologia*, vol. **24**, fasc. 1, janvier-février 1954, p. 114-132).

L'auteur a recherché chez divers vertébrés la possibilité de sonder, par des sondes de caoutchouc et de polyéthylène, les espaces internes du système nerveux central (ventricules, canaux de l'encéphale, canal de l'épendyme), et les espaces externes (entre pie-mère et arachnoïde). Le sondage est réalisable chez l'homme, seulement on ne peut le faire que dans les espaces externes, sous contrôle radiologique. Il peut permettre de connaître, avec des moyens de contraste, la morphologie de ces espaces, et d'étudier, au point de vue chimique, cytologique, mécanique, électrique et biologique, le liquide céphalo-rachidien contenu dans ces espaces. Enfin, des applications thérapeutiques consistent en apport des moyens de traitement le plus près possible des foyers pathologiques. Six figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Action trophique du diencéphale sur les neurones périphériques, par J. Chevreau et R. Coujard. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 22 mars 1955).

L'action trophique du diencéphale sur les neurones périphériques est évidente et se traduit, dans certaines conditions expérimentales, par des lésions de ces neurones. Il n'est pas encore possible de déterminer si les lésions du système nerveux sympathique périphérique agissent directement sur des organes lointains ou par des relais diencéphaliques ; les effets des lésions diencéphaliques sont, en tout cas, les mêmes que ceux des lésions périphé-

riques, ce qui rend vraisemblable l'existence de relais centraux, sans que l'on puisse éliminer définitivement la possibilité de lésions déterminées par la voie périphérique seule, sans relais diencéphaliques.

L. R.

Contribution à l'étude de la psychobiologie : variabilité métabolique et dysharmonie endocrinienne du schizophrène, par Lucien Larue et Guy Nadeau. (*Laval médical*, Québec, vol. 18, n° 4, avril 1954, extrait de 20 pages).

Les schizophrènes présentent une grande variabilité, une grande instabilité de leurs métabolismes, comme le montrent, par exemple, les chiffres très différents d'un jour à l'autre, du cholestérol sanguin. Appliquant la théorie de Sackler van Ophuijsen, montrant la tolérance remarquable des schizophrènes à des doses élevées d'histamine, les auteurs ont étudié les tests de tolérance à l'insuline. Ils sont nettement augmentés chez ces malades, mais si on donne du glucose avant l'injection d'insuline, la tolérance devient normale. Ceci permettrait dans la cure de Sakel de diminuer les doses d'insuline chez des sujets résistants pour obtenir le coma, grâce à l'administration préalable de glucose. Tableau. Graphiques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Recherches sur la réaction à l'alcool-sublimé de di Maria chez les schizophrènes (Ricerche sulla reazione all'alcool-sublimato secondo di Maria negli schizofrenici), par Léoni Giorgio (d'Imola). (*L'ospedale psichiatrico*, 21e année, fasc. 4, octobre-décembre 1953, p. 346-352).

La réaction à l'alcool-sublimé imaginée par di Maria se montre d'une plus grande sensibilité dans la tuberculose que la vitesse de sédimentation. L'auteur a étudié le comportement de cette réaction chez soixante schizophrènes dont seize atteints également de tuberculose. La réaction s'est montrée négative, sauf dans les cas où existaient des signes de tuberculose évolutive. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Poliomyélite expérimentale et essai de traitement, par L. Choquard (de Monthey). (*Bull. de l'Académie suisse des sciences médicales*, 1955, vol. 11, fasc. 3).

Travail expérimental effectué à l'Institut Pasteur de Paris, service des virus, sous la direction du professeur Pierre Lépine pour contrôler la valeur thérapeutique du choc peptonique dans la poliomyélite. 15 singes (rhésus et cynocéphales) ont été inoculés avec le virus type Lansing : 4 sans succès ; 2 singes firent une maladie foudroyante. Les autres singes, présentant des paralysies variées, furent traités sans résultats appréciables par des injections intraveineuses de peptone ou de T.A.B., sans résultats appréciables, ces deux espèces de singes s'étant montrées *réfractaires au choc*. Une série d'essais avec différentes substances, sur des animaux sains, ne réussit pas davantage à provoquer le choc.

L'auteur rapporte ensuite l'observation d'un enfant de deux ans dont la

seconde poussée de poliomyélite fut jugulée par une seule injection de peptone et sans séquelles.

R. C.

Action sur l'électro-encéphalogramme de substances pharmaco-dynamiques d'intérêt clinique, par M.-G. Verdeaux et R. Marty. (*Revue neurologique*, tome 91, n° 6, 1954, p. 405.)

L'étude est basée sur l'analyse des modifications électro-encéphalographiques et électro-corticographiques, déterminées chez l'homme et chez l'animal par les substances suivantes : 1° substances pharmacodynamiques d'intérêt psychiatrique : sédatifs (bromures, chloral, scopolamine, chloralose) ; stimulants (amphétamine, strychnine, acide glutaminique) ; convulsivants (cardiazol, insuline) ; autres substances (mescaline), L.S. D, 25 ; bulbocapnine) ; 2° substances à action neurologique : médications de la douleur (morphine, cocaïne et procaïne) ; substances à action neuro-végétative (acétylcholine, adrénaline, ésérine et prostigmine, D.F.P., T.E.P.P., atropine, ganglioplégiques, hyosciamine) ; 3° substances utilisées en pathologie générale (thérapeutiques vasculaire, hormonale, anti-infectieuse et anti-parasitaire, alcool, vitamines). Après leurs constatations, les auteurs passent en revue les diverses classifications synthétiques possibles. 1° En ce qui concerne les corps vago- et sympatho-mimétiques, les effets centraux des substances étudiées sont peu précis. A relever une certaine systématisation d'effets opposés entre l'ésérine, l'acétylcholine d'une part, et l'atropine d'autre part. 2° La classification physiologique distingue les substances utilisées par leurs effets sur le système nerveux central et celles utilisées pour des effets autres que sur le système nerveux central. 3° Une classification selon la traduction graphique particulière déterminée par certaines substances. 4° Classification selon le lieu d'action, qui peut être cortical, sous-cortical. 5° Classification selon le mode d'action vasculaire ou humoral. Dans une classification d'avenir, on pourrait tenir compte qu'une substance dynamique peut exercer ses effets directement ou indirectement. Comme effets directs, elle peut s'exercer à l'échelle cellulaire sur l'axone, le soma et les dendrites, la synapse, et à l'échelle nucléaire sur un certain type d'arc neuronique. Quant aux effets indirects, ils réalisent l'interaction des effets précédents.

L. Marchand.

Comparaison des effets de la sempervirine et de la flavocoryline sur les systèmes nerveux autonome et cardiovasculaire du chien, par A. Le Hir. (*Bull. de l'Académie de pharmacie*, séance du 20 avril 1955).

La *sempervirine*, alcaloïde du *Gelsemium sempervirens* (Loganiacées), et la flavocoryline, composé de structure très voisine obtenu à partir de la dihydrocorynanthéine et de la corynanthéidine, présentent toutes les deux une action inhibitrice sur les centres sympathiques et l'adrénaline, elles paralysent les ganglions parasympathiques et exaltent l'effet muscarinique de l'acétylcholine. Mais seule la flavocoryline semble douée de propriétés synaptolytiques sympathiques.

L. R.

L'action épileptogène de la streptomycine, de la terramycine et de l'association pénicilline-streptomycine en application sur le cortex du lapin non anesthésié, par L. Ectors. (Société électro-encéphalographique de langue française, séance du 10 nov. 1954. *Revue neurologique*, tome 91, n° 9, 1954, p. 460.)

La terramycine en application locale sur le cortex du lapin a une activité épileptogène. La streptomycine chloro-calcique n'est pas épileptogène.

L. Marchand.

Contribution à l'étude de l'action des barbituriques sur l'épilepsie corticale. (Étude expérimentale sur l'animal éveillé, notes préliminaires), par L. Ectors. (*Revue neurologique*, tome 91, n° 6, 1954, p. 460. Société électro-encéphalographique de langue française, 10 nov. 1954.)

L'application locale de pénicilline sur le cortex du lapin détermine des crises épileptiques, en foyer d'abord, généralisées ensuite. Les barbituriques et la cocaïne agissent sur l'épilepsie focale en augmentant la période réfractaire post-pointe épileptique. L'ablation du cortex au point d'application de la pénicilline abolit les crises et les pointes.

L. Marchand.

Étude de l'action du largactil (4560 R. P.) et du pendiomide sur l'activité électrique cérébrale du lapin, par H. Terzian. (*Revue neurologique*, tome 91, n° 6, 1954, p. 445).

L'électro-encéphalogramme était enregistré à travers des électrodes vissées dans le crâne ; le cortex était strychninisé. Les effets du largactil sur l'activité électrique cérébrale du lapin sont dus à l'installation du sommeil qui représente laction primaire de l'action centrale de la substance, c'est-à-dire de la dépression de l'activité spontanée des formations réticulées du tronc cérébral. Les effets du pendiomide doivent être rapportés aux variations tensionnelles provoquées, car cette substance ne modifie pas l'activité électrique cérébrale.

L. Marchand.

Action des ganglioplégiques sur l'hypothermie provoquée par la chlorpromazine, par Ed. Giraud-Costa, V. Seferian, A. Farjallah et J. Adès. (*Bull. de la Société française de thérapeutique et de pharmacodynamie*, séance du 20 octobre 1954).

Le rôle du système nerveux végétatif dans l'hypothermie provoquée par la chlorpromazine (largactil) est peu important, puisqu'elle n'est pas modifiée par l'administration préalable de ganglioplégiques. L'action potentialisatrice de la morphine est plus marquée pour la chlorpromazine que pour le ganglioplégique. Il existe dans l'action de ces produits deux points communs : *a*) l'un et l'autre perdent leurs effets hypothermisants lorsque la température extérieure est plus élevée que la température critique supérieure ; *b*) les variations de l'écart entre la température centrale et la température cutanée au cours de l'hypothermie provoquée, sont, bien que d'allure légèrement différente, du même type fondamental.

Discussion : M. H. Laborit note que la chlorpromazine paraît faire pénétrer le potassium dans la cellule. Il est possible que ce soit de cette façon qu'elle influence l'optimum de fonctionnement thermique tissulaire. Il rappelle que des phénomènes analogues sont constatés avec l'insuline et que, dans les deux cas, le maintien dans une ambiance thermique supérieure à celle du métabolisme basal peut provoquer la mort de l'animal. L'étude des courbes d'excitabilité neuro-musculaire « intensité-durée » paraît fournir des renseignements intéressants sur les variations de la teneur en potassium cellulaire.

L. R.

Excitabilité neuro-musculaire. Equilibre ionique (K et Ca) et optimum thermique de fonctionnement tissulaire. Aperçus thérapeutiques en hibernothérapie et en chirurgie, par H. Laborit, R. Favre, R. Guittard et G. Laborit (de Paris). (*La Presse médicale*, 16 février 1955).

Par l'étude des bilans potassiques, calciques et sodiques de malades subissant une intervention sous anesthésie banale ou sous neuroplégie et hibernation artificielle, les auteurs mettent en évidence l'intérêt de l'étude des courbes d'excitabilité musculaire « intensité-durée » obtenues avec le rhéotome électronique de Pleuven-Guiot, et qui permettent de se faire une idée approximative de la charge cellulaire en potassium et de reconsidérer l'intérêt physio-pathologique et thérapeutique de l'ion Ca++. Cette étude a permis, en hibernothérapie, d'apprécier l'importance des variations du rapport $\frac{Ca++}{K+}$ sérique dans l'obtention de l'optimum thermique de fonctionnement organique, et conduit à une interprétation de l'action thérapeutique de certains agents médicamenteux (la chlorpromazine entre autres) sur le plan cellulaire corrélativement cohérente avec ce que l'on en sait sur le plan organique.

L'étude de l'excitabilité musculaire par l'établissement des courbes « intensité-durée », examen simple et rapide, mérite semble-t-il de prendre place dans l'appréciation (qui demeure complexe, étant donnée la multiplicité des facteurs en cause) des désordres métaboliques post-agressifs. Elle en facilite la surveillance et la correction. Il est logique de penser que cette étude chirurgicale puisse être étendue aux autres formes de l'activité médicale.

L. R.

Electrophorèse des protéines du liquide céphalo-rachidien. Premiers résultats, par R. Lafon, P. Monnier, J. Minvielle et Mlle S. Baldy. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 18 février 1955).

Les auteurs ont appliqué la micro-électrophorèse sur papier, après concentration sous vide, à 22 liquides céphalo-rachidiens. Le pourcentage des diverses fractions protéiques est très variable dans les cas pathologiques ; il peut être fortement perturbé alors que la protéinorachie totale reste normale et n'est parallèle à celui du sérum que dans la moitié des cas. Les auteurs soulignent l'intérêt de la méthode pour le diagnostic des affections neurologiques et leur pronostic (syndromes inflammatoires et gamma-globulines).

L'origine sangine et extrasanguine des globulines du liquide céphalo-rachidien est également discutée.

L. R.

Sur l'intérêt du test de Nelson, par M. Bolgert et G. Levy. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 9 décembre 1954.)

Etude de ce test dans une méningite secondaire (test positif au début dans le liquide céphalo-rachidien, se négativant rapidement après traitement), dans les fausses réactions positives sérologiques avec Nelson négatif chez une syphilitique ancienne, dans la syphilis sérologique des prostituées et étude de l'évolution du test de Nelson chez les syphilitiques traités en période primo-secondaire (le test de Nelson pouvant devenir très rapidement négatif). Observation d'un cas de syphilis primaire traitée en période pré-sérologique, à test de Nelson positif au début, et rapidement négativé.

L. R.

A propos d'un test de Nelson positif, par P.-J. Michel. (*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, Réunion de Lyon séance du 26 novembre 1954).

Test de Nelson positif à deux reprises (70 % et 88 %) chez un sujet de 27 ans en excellente santé et dont l'examen clinique ainsi que la sérologie classique s'étaient révélés entièrement négatifs. Père mort d'une syphilis nerveuse. Difficulté du comportement pratique à adopter dans de tels cas où le test de Nelson peut fort bien être un simple stigmate sérologique sans signification d'évolutivité. Intérêt dans de tels cas de réactions quantitatives.

L. R.

Sérologie syphilitique des sujets de race noire et test de Nelson, par F. Pagès, C. Pédoya et J. Girard. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 10 mars 1955).

Résultats obtenus avec le test de Nelson chez 36 sujets de race noire présentant des réactions sérologiques classiques positives, en l'absence de tout signe clinique et de tout antécédent de syphilis. Chez 33 malades, sur 36, le test de Nelson est d'accord avec la sérologie classique.

Les auteurs concluent que, contrairement à une opinion souvent émise, la sérologie classique, correctement pratiquée, a la même valeur diagnostique chez le noir que chez le blanc. Cependant, la fréquence au sein des populations noires d'une maladie étiologiquement très proche de la syphilis, le *pian*, oblige, en l'absence d'arguments discriminatoires, de porter simplement le diagnostic de *tréponématose*, le test de Nelson étant lui-même incapable de distinguer les deux affections.

L. R.

Le sort du foie des alcooliques. I. L'épreuve à la bromosulfaléine, un indice de dysfonction hépatique chez l'alcoolique chronique, par Guy Nadeau, Yves Rouleau et Jean Delage. (*Laval médical*, Québec, vol. 19, n° 1, janvier 1954, un extrait de 12 pages).

L'épreuve à la bromosulfaléine est apparue aux auteurs comme la plus utile pour dépister une perturbation hépatique chez les alcooliques. Dans plus de la moitié des cas, chez 170 malades, se montre une rétention anormale. En utilisant une modification dans la technique, le nombre des sujets ayant des signes de dysfonction hépatique s'élève à 85,2 % des cas. Il semble que le genre des boissons alcooliques absorbées a plus d'importance que l'âge des malades ou l'ancienneté de l'intoxication. Graphique. Tableau. Bibliographie.

V.-J. Durand.

ENDOCRINOLOGIE

Endocrinopathie et psychiatrie, par Paul Abély. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 24 mars 1955).

Le dérèglement glandulaire doit être étudié aux différents étages du système endocrino-cérébral.

L'étage cortical est le siège de la pensée affective idéalisée et de tous les conflits complexuels. Il est justiciable d'une thérapeutique hormonale, surtout hypophysaire.

L'étage diencéphalique est le plus important ; c'est là que naissent la plupart des psychoses et des névroses fonctionnelles.

L'étage hypophysaire est aussi important ; à son niveau naissent beaucoup de psychoses de la puberté et toutes celles de la ménopause et de l'andropause.

L'origine du trouble psycho-endocrinien peut se révéler au niveau de l'étage endocrinien terminal, ou se retrouver dans le défaut de réceptivité hormonale des récepteurs terminaux.

En résumé, il s'agit d'un véritable circuit neuro-hormonal, circuit fermé et à double sens qui peut être perturbé en un point variable de sa trajectoire.

L. R.

Les dysfonctionnements endocriniens au cours des séquelles tardives des traumatismes craniens, par R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge et A. Pagès. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 juin 1954).

Les auteurs opposent à la rareté clinique des syndromes endocriniens post-traumatiques la quasi-constance des modifications biologiques au cours des syndromes subjectifs des traumatisés craniens. L'étude systématique de 60 malades explorés par I 131 et soumis à un contrôle des stéroïdes urinaires et des grands métabolismes montre la fréquence d'une stimulation thyroïdienne excessive contrastant avec le déficit habituel en I C.S.H. et F.S.H.

L. R.

Quelques aspects de diencéphalopathies post-traumatiques, par R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, J.-P. Temple et A. Pagès. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 juin 1954).

Dix cas de syndrome post-traumatique dont la symptomatologie évoque une perturbation diencéphalique : un grand myxœdème (avec métabolisme de base à moins 37 %, anémie et myotonie) nettement influencé par l'épreuve à la T.S.H. ; deux cas d'obésité (l'un avec oligoménorrhée, asthénie, iritabilité ; l'autre avec apparition successive d'hyperthermie, polyurie et crises algoparétiques facio-brachiales de caractère pithiatique) ; sept syndromes sensorio-sensitivo-moteurs de G. de Morsier, dont l'un avec hypothyroïdie réversible après T.S.H. et d'autres accompagnés d'anomalies électro-encéphalographiques du type de la « souffrance basale » (bouffées d'ondes delta hypersynchrones survoltées, à inscription bi-frontale prédominante).

L. R.

Evaluation de la fonction thyroïdienne par l'iode radio-actif en clinique humaine, par R. Courrier, R. Tubiana et Morel. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 15 février 1955).

La technique classique (administration d'iodure de sodium marqué et mesure de la quantité de radio-iode fixé dans la thyroïde) renseigne sur l'avidité de la glande pour l'iode mais non sur l'importance de la sécrétion d'hormone dans le sang. Aussi, les renseignements fournis par cette technique sont-ils parfois incomplets. Les hématies sont perméables à l'iode inorganique et imperméables à l'iode organique. Après injection de l'iodure de sodium marqué, la radio-activité se retrouve donc dans le plasma et dans les hématies et, après injection de thyroxine marquée l'on ne décèle cette radio-activité que dans le plasma. L'étude du rapport de la radio-activité des hématies et du plasma semble le meilleur critère du fonctionnement thyroïdien.

L. R.

Les dérivés acétiques de la thyroxine et de la tri-iodo-thyronine catalysent les oxydations cellulaires sans temps de latence, par Mmes Rosalind Pitt-Rivers et Odette Thibault. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 31 janvier 1955).

Les auteurs ont obtenu, pour la première fois, la catalyse des oxydations cellulaires, sans temps de latence par les dérivés des hormones thyroïdiennes : acides tri-iodothyronacétique et tétra-iodothyroacétique ; ils seraient ainsi les dérivés directement responsables de ce phénomène à la périphérie.

L. R.

Myxœdème avec insuffisance cardiaque, angine de poitrine et épanchement pleural. Evolution favorable par le traitement thyroïdien, par J. Raverra, J. Cervino, J. Barsantini, A. Garra, A. Navarro (fils) et J.-C. Mussio-Fournier. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 7 décembre 1954).

Observation d'une femme de 64 ans, atteinte depuis deux années de myxœdème et présentant une insuffisance cardiaque congestive de type

global, un épanchement pleural gauche et de l'angine de poitrine ; action favorable du traitement par l'extrait thyroïdien. L'insuffisance cardiaque de cette malade avait, selon la règle, une pathogénie mixte : elle était provoquée par le cœur myxœdémateux, mais aussi par l'hypertension artérielle et l'artériosclérose.

L. R.

Quelques rapports anatomo-cliniques dans l'hypopituitarisme, par H. L. Sheehan (de Liverpool). (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 28 octobre 1954).

Dans tous les cas d'hypopituitarisme grave, la réduction de fonctionnement de la thyroïde et des surrénales est assez sévère, et, même s'il se produit une disparition anatomique presque totale des glandes thyroïdes ou surrénales, cela n'amène pas d'accroissement significatif de l'insuffisance fonctionnelle de ces glandes. Si l'on en juge par les tests qui ont été employés dans les cas autopsiés jusqu'à maintenant, il reste pour l'avenir à voir si la thyréotrophine et l'A.C.T.H. produiront, du vivant des malades, des informations qui seront conformes au degré d'atrophie de la thyroïde ou des surrénales tel que le révèle l'autopsie.

L. R.

Syndrome neuro-hypophysaire chez un garçon de 21 ans ; granulome épithélioïde du nerf optique ; maladie de Besnier-Boeck-Schaumann probable, par M. Albeaux-Fernet, R. Houdart, J. Chabot, J. Escourolle, J.-D. Romani et Rochedix. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 28 octobre 1954).

Observation d'un jeune homme de 21 ans, atteint depuis trois ans d'un diabète insipide et d'une insuffisance anté-hypophysaire se traduisant par un retard génital. La survenue brusque d'une hémianopsie bitemporale avec atrophie optique droite débutante imposa une exploration chirurgicale de la région chiasmatique: une tumeur du nerf optique droit s'étendant au chiasma et au nerf optique gauche fut découverte. A l'examen histologique de la biopsie du nerf optique droit, granulome à cellules épithélioïdes, sans caseum, sans cellules géantes. Se fondant sur l'anergie tuberculinique associée, les auteurs pensent être en droit d'affirmer une maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à localisation purement neuro-hypophysaire, et soulignent l'importance pratique de rechercher des manifestations plus significatives de cette maladie dans de tels cas.

L. R.

L'hypophysectomie pharmacodynamique par la chlorpromazine est-elle complète? Est-elle applicable au titrage de l'adrénocorticotrophine hypophysaire? par J. Cheymol, J. de Leeuw, R. Henry et J. Oger. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 25 novembre 1954).

La chlorpromazine, injectée au rat normal aux doses de 1 et 5 mgr. %, quatre heures avant la surrénalectomie, diminue nettement la sécrétion d'A.C.T.H. hypophysaire produite par un stress non spécifique, elle ne la

supprime pas. Ce réactif pharmacodynamique ne peut donc suppléer l'hypophysectomie dans le titrage de la corticotrophine par la méthode de Sayers.

L. R.

Sur un cas d'homosexualité chez un gynécomaste avec prégnandiolurie. Intérêt de l'exploration hormonale en médecine légale, par L. Christiaens, P. Dubrulle et C. Claeys. (*Comptes rendus du 27e congrès international de médecine légale médecine du travail et médecine sociale de langue française*, Strasbourg, 27-29 mai 1954).

Sujet présentant, outre des troubles endocriniens variés, une homosexualité provisoirement curable par la testostérone. Une exploration hormonale a montré un trouble de la sécrétion des hormones stéroïdiennes.

Les homosexuels, ajoutent les auteurs, sont de véritables malades endocriniens, et un diagnostic précis, susceptible de permettre d'envisager éventuellement un traitement approprié, est parfois possible grâce aux méthodes modernes d'investigations biologiques.

L. R.

Acromégalie et virilisme. Etude des fonctions cortico-surrénales, par Jacques Decourt, J.-P. Michard, E. Baulieu et J. Louchart. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, scéance du 27 janvier 1955).

Evolution simultanée, chez une jeune fille de 22 ans, d'une acromégalie et d'un syndrome de virilisation avec hirsutisme considérable. Présence d'un adénome hypophysaire de type éosinophile, vérifié chirurgicalement. Dans des cas antérieurs d'acromégalie comportant une légère hypertrichose, les auteurs avaient montré l'existence d'un hypercorticisme qui leur avait paru dissocié, tant au point de vue clinique qu'au point de vue biologique : la production excessive d'androgènes coexistant avec des taux normaux de corticoïdes réducteurs, si bien que la notion d'une dualité possible de la sécrétion cortico-stimulante de l'hypophyse avait pu être soulevée. Dans le cas présent, l'hypercorticisme porte à la fois sur la production des androgènes et sur celle des corticoïdes du groupe cortisone et hydrocortisone, mais avec une intensité manifestement plus grande pour les premiers. Du double point de vue clinique et biochimique, le syndrome est très différent de celui de la maladie de Cushing. Il s'oppose également à celui des hyperplasies surrénales congénitales.

L. R.

Acromégalie ; goitre ; diabète ; troubles de l'élimination des stéroïdes ; convulsions. Discussion thérapeutique, par P. Castaigne, P. Vivien et P. Clay. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 28 janvier 1955).

Acromégalie typique avec selle turcique ballonnée. Pas d'atteinte du champ visuel et du fond d'œil. Diabète insulino-résistant, hyperthyréose, élimination des stéroïdes diminuée. Crises d'épilepsie généralisées. Inefficacité de la radiothérapie. Discussion de l'hypophysectomie.

L. R.

Remarques sur les variations urinaires des 17-céto-stéroïdes et des 11-oxystéroïdes avant et après corticostimuline dans les hypercorticismes surrénaliens (test de Thorn), par H.-P. Klotz. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 25 novembre 1954).

Dans un nombre appréciable de cas d'hypercorticisme, les 17-cétostéroïdes et les 11-oxystéroïdes urinaires ne subissent aucune variation après perfusion intraveineuse de cortico-stimuline à la dose de 25 mgr. par jour, passée en six heures, et parfois renouvelée les deux jours suivants. Lantem estime que cette non-variation des stéroïdes urinaires après perfusion de corticostimuline peut être interprétée, dans certains cas, comme l'indice d'une hypercorticostimulinie préexistante à la perfusion, c'est-à-dire comme l'indice d'une étiologie neuro-hypophysaire de l'hypercorticisme.

L. R.

Recherches chronaximétriques sur les effets de l'adostérone, hormone cortico-surrénale, par Raoul Lecoq, Paul Chauchard et Mme Henriette Mazoué. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 17 janvier 1955).

Les effets chronaximétriques de l'aldostérone sont du même type que ceux de la désoxycorticostérone et de la corticostérone : action aiguë diphasique et propriétés acidosiques. Toutefois, l'aspect diphasique des chronaxies nerveuses est obtenu, pour l'aldostérone, avec des doses 20 à 50 fois moins fortes que celles de la désoxycorticostérone. L'action minéralocorticoïde des hormones de ce groupe, bien qu'elle ne soit plus considérée comme exclusive. paraît plus en rapport avec leurs effets électro-physiologiques qu'avec leurs caractères chimiques. Dans son activité nerveuse et utérine, l'aldostérone s'oppose à la cortisone et à l'hydrocortisone, dont les propriétés gluco-corticoïdes sont dominantes.

L. R.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Rapport au nom de la Commission des méfaits du bruit, par F. Trémolières. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 15 mars 1955).

M. Trémolières, rapporteur, indique une série de mesures destinées à diminuer les bruits et à réduire leurs conséquences fâcheuses ; en particulier la limite des sons tolérés à 10 mètres de distance pour les véhicules de tous types, fixée à 95 phones par le récent code de la route, doit être notablement abaissée (de 75 à 87 phones, suivant le type des véhicules). L'académie souhaite la réunion d'une commission où seront représentés l'académie, l'assemblée générale, le conseil municipal, le conseil général, les services d'hygiène et les services administratifs intéressés ; elle sera chargée de discuter et de fixer les modalités d'application des vœux nécessaires.

Ces conclusions sont adoptées.

L. R.

La fatigue paradoxale, symptôme d'alarme pour la réadaptation au travail, par P. Dervillée et J. de Verbizier. (*Bull. de la Société de médecine du travail de Bordeaux et de sa région*, séance du 29 juin 1954).

Parmi les diverses manifestations qui se font jour à l'occasion de la reprise du travail, une des plus fréquentes à l'interrogatoire est un sentiment de fatigue avec anxiété dont les auteurs donnent un certain nombre d'exemples. Cet état est en rapport avec les différentes attitudes du sujet : 1° devant sa maladie, son accident ou toutes les raisons qui ont pu entraîner un arrêt étendu de ses activités habituelles et un remaniement profond de sa personnalité ; 2° devant son travail, car les aptitudes nouvelles du sujet, modifiées et peut-être diminuées, lui font redouter leur confrontation avec les exigences de son métier. Il s'agit d'une fatigue essentiellement liée à l'effort que nécessite cette réadaptation sociale ; cette fatigue traduit un état d'anxiété que l'on devra, suivant les cas, prévenir, surveiller ou traiter. Spécialiste de soins, médecin du travail, services sociaux doivent ainsi, par des attitudes convergentes, sur le plan somatique, psychologique et social, préparer la reprise du travail.

L. R.

La collectivisation, phénomène social de notre époque et la santé mentale, par C. Constantinidès (d'Athènes). (*L'hygiène mentale*, 43e année, n° 1, 1954, p. 21-30).

Phénomène social particulier à notre époque, liée au développement de la domination de l'état, à l'organisation systématique du prolétariat, la collectivisation est un signe de la régression de l'individu vers un stade primitif et archaïque. Elle paralyse l'épanouissement moral esthétique et scientifique. De plus, elle entraîne de redoutables conséquences sur l'équilibre mental des diverses personnalités, noyées dans la masse. C'est un facteur pathogène. L'auteur, citant l'épitaphe de Périclès, montre combien avaient été judicieusement définis et délimités les rapports de l'individu et de la société.

V.-J. Durand.

A propos de la préparation physique et psychique des femmes à l'accouchement, par F. Lepage et G. Langevin-Droguet (de Paris). (*La Presse médicale*, 16 avril 1955).

Selon certaines publications, une méthode nouvelle et merveilleuse fait de l'accouchement un des actes les plus faciles de la vie. Grâce à un entraînement physique et psychologique, et sans l'aide d'aucune drogue, l'accouchement serait devenu « sans douleurs ».

Les auteurs qui emploient depuis 1949 la méthode préparation physique et psychique à l'accouchement critiquent les termes d'accouchement naturel et d'accouchement sans douleur, qui leur paraissent inexacts et préfèrent employer le terme plus juste d' « accouchement sans crainte ». Le but de la méthode, souvent atteint, est, en effet, de mettre la femme en confiance, de lui faire aborder le travail sans crainte, débarrassée qu'elle est ainsi de toute angoisse et de toute appréhension.

Indications très étendues, mais certaines contre-indications doivent être

respectées sous peine d'observer des accidents et de discréditer la méthode. Technique de la méthode exposée en détail, pendant la grossesse et pendant le travail (mouvements de mobilisation, mouvements respiratoires, relaxation, doivent être associés à la préparation psychique). Résultats difficiles à chiffrer, se traduisant surtout par un changement d'atmosphère des chambres de travail où règnent le silence et le calme. A titre d'exemple, une comparaison des caractères du travail chez quarante primipares préparées et non préparées est donnée.

L. R.

Le problème du film pour enfants, par A. DE BOECK. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, juin 1955, pages 789-796).

L'auteur constate que la réglementation belge actuelle concernant la fréquentation du cinéma par les enfants n'apporte pas une solution satisfaisante à ce problème. Beaucoup de films admis par la commission de contrôle contiennent des éléments nocifs pour le jeune spectateur, particulièrement en ce qui concerne le domaine sexuel : souvent, le film sollicite les tendances sexuelles tout en enseignant le moyen de satisfaire ces tendances.

Les programmes des séances organisées spécialement à l'intention des enfants laissent eux-mêmes à désirer. Diverses études montrent que la plupart des films qui y sont présentés ne sont pas compris par le public juvénile ou ont même une influence franchement néfaste. D'où la nécessité de réaliser des films spécialement adaptés à la psychologie des jeunes spectateurs. Mais la réalisation de tels films suppose des connaissances précises concernant l'assimilation du film par les enfants. Les recherches entreprises dans ce domaine sont fragmentaires et disparates, sauf peut-être en U.R.S.S.

L'auteur estime nécessaire d'adopter une solution radicale, consistant à interdire d'une manière absolue la fréquentation par les enfants des séances publiques dont ils ne peuvent en général tirer aucun profit et qui leur sont même souvent nocives. Seul leur serait permis l'accès de séances organisées spécialement dans le but d'enrichir leur personnalité et de contribuer à leur formation cinématographique. Ce ne serait qu'à la fin de l'adolescence que, devenu capable de juger sainement un film, ils auraient accès aux séances publiques. Un système analogue, proposé par plusieurs auteurs, est appliqué depuis longtemps en U.R.S.S.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Résultats obtenus dans le traitement chirurgical de l'hydrocéphalie progressive de l'enfant, par J. CHAPTAL, Cl. GROS, R. JEAN, Mme Cl. CAMPO et M. VLAHOVITCH. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 18 février 1955).

Résultats du traitement chirurgical de 27 cas d'hydrocéphalie progressive de l'enfant. Les auteurs exposent les renseignements obtenus par les explorations pré-opératoires utilisées et concluent que dans la presque totalité des cas l'hydrocéphalie est communicante, sans obstacle à la circulation du liquide céphalo-rachidien, l'élément prédominant étant le défaut de résorp-

tion du liquide céphalo-rachidien au niveau des aires de la convexité. Les seules interventions logiques sont les drainages précoces. Utilisant la technique du drainage ventriculo-péritonéal par sonde, les auteurs ont obtenu 29 % de bons résultats : arrêt de l'évolution de l'hydrocéphalie, développement psycho-intellectuel normal. Divers incidents infectieux et mécaniques peuvent s'observer à la suite de ces interventions. Cette méthode de drainage paraît fournir le moyen de passer le cap de la poussée évolutive de l'hydrocéphalie des premiers mois et d'attendre ainsi la phase de stabilisation de l'hydrocéphalie, stabilisation qui semble liée au développement de nouvelles aires de résorption.

L. R.

Conséquences psychiatriques de la corticothérapie, par P. Mozziconacci et C. Koupernik. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 6 mai 1955).

Sur 51 cas étudiés, 9 enfants n'ont présenté aucun trouble, 40 des incidents mineurs et 2 des formes graves. Parmi les incidents mineurs, citons la boulimie, de l'insomnie assez fréquemment, de l'anxiété , plus rarement de l'agitation. Les 2 cas graves réalisèrent: l'un, une démence complète, l'autre, des troubles caractériels et un état délirant. Il semble que dans la genèse de ces accidents puissent jouer des antécédents neuro-psychiques personnels ou familiaux, la longue durée du traitement, de fortes doses de cortisone. Il est à noter que ces incidents surviennent surtout au début et lors de l'arrêt du traitement.

L. R.

Le traitement du tétanos de l'enfant par la séro-anatoxithérapie et l'alcoolthérapie intra-veineuse combinées, par L. Willemin, Clog et M. Roret. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 1er avril 1955).

Les auteurs rapportent les résultats qu'ils ont obtenus par l'application à l'enfant de la méthode de Merle : 48 heures après l'injection de sérum antitétanique accompagnée de la première injection d'anatoxine (répétée tous les cinq jours à dose croissante) est commencée l'alcoolthérapie sous forme d'injections intraveineuses d'une solution d'alcool à 30 % dans du sérum glucosé, répétées tous les jours au début puis tous les deux jours à la dose de 5 à 25 cm^3 suivant l'âge. Sur dix cas de tétanos, sept furent traités par cette méthode, qui tous guérirent.

Les auteurs rappellent les notions expérimentales et en particulier les travaux de Billard, qui permettent de concevoir le mécanisme de l'action favorisante sur la sérothérapie du chloroforme et de l'alcool. Cette action ne semble pas devoir être rapportée à une simple activité pharmaco-dynamique mais à un phénomène physico-chimique beaucoup plus complexe.

Ils concluent à l'intérêt de la méthode qui mériterait d'être systématiquement associée aux thérapeutiques classiques et éventuellement aux techniques modernes.

L. R.

Les concentrations sanguines et méningées de l'isoniazide administré par voie rectale chez l'enfant, par R. Laplane, J. Savel, J. Joly et Mlle Couinaud (de Paris). (*La Presse médicale*, 14 mai 1955).

L'administration d'isoniazide par voie rectale à des doses quotidiennes totales relativement faibles (0,010 à 0,015 gr. par kilogramme réparties en deux ou trois suppositoires) entraîne des concentrations sanguines basales élevées (2 à 5 γ) ; les concentrations de pointe s'élèvent entre 7 et 9 γ. L'emploi de doses trois fois plus fortes permet de doubler les concentrations de pointe mais n'influence pas très notablement la concentration de base.

Les concentrations méningées représentent en moyenne, dans les deux cas, les deux tiers des concentrations sanguines.

Très bien tolérée par l'enfant, la voie rectale donne, du point de vue des concentrations humorales, des résultats supérieurs à la voie orale.

L. R.

Syndrome neuro-œdémateux et polyradiculonévrite traités par la cortisone, par M. Jeune, A. Charrat et J. Bertrand. (*Comptes rendus de la Réunion lyonnaise de pédiatrie*, séance du 14 novembre 1954).

Syndrome neuro-œdémateux chez un enfant de 8 ans, aboutissant à une impotence totale des muscles des membres et de la nuque. Après trois mois d'évolution, un traitement cortisonique est entrepris et poursuivi à doses dégressives pendant six semaines. Les œdèmes, les douleurs disparaissent en quelques jours. L'amélioration fonctionnelle, plus lente, est totale en un mois. Pas de rechute à l'arrêt du traitement.

Une polyradiculonévrite de type Guillain-Barré a de même été améliorée spectaculairement, après échec des traitements habituels. La cortisone a été donnée pendant un mois, d'abord à 150 mgr. par jour, puis à doses dégressives. L'amélioration ne s'est dessinée qu'au 10e jour et a abouti à une guérison complète sans rechute.

L. R.

Encéphalite de la rougeole traitée par la gammaglobuline, par J. Roget, A. Beaudoing et J. Deschamps. (*Comptes rendus de la Réunion lyonnaise de pédiatrie*, séance du 14 novembre 1954).

Observation d'une fillette de 4 ans 1/2, présentant, au 6e jour d'une rougeole, une encéphalite à forme léthargique typique. Jusqu'au 3e jour, le tableau clinique reste inchangé. L'électro-encéphalogramme confirme à ce moment le diagnostic en montrant un tracé de souffrance encéphalique diffuse. On pratique alors l'injection quotidienne de 300 mgr. de gamma-globuline pendant cinq jours, soit une dose totale de 1.500 mgr. Amélioration progressive du tableau clinique, et au 17e jour l'électro-encéphalogramme est redevenu normal. Aucune séquelle.

L. R.

Nos résultats dans le traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant depuis l'utilisation de l'I.N.H., par Ch. Sarrouy, F. Gillot, L. Sendra et R. Venezia. (*Bull. de la Société de pédiatrie d'Alger*, séance du 5 mars 1955).

Comparaison des résultats obtenus dans le traitement de la méningite avant et après l'utilisation de l'isoniazide. Le pourcentage de succès s'est notablement accru puisqu'il passe de 29 % à 61,8 %. Le pronostic reste encore réservé chez les moins de 3 ans, où l'on enregistre 33,3 % de succès, tandis que, chez les plus de 3 ans, le pourcentage de succès passe à 84,3 %. Les auteurs restent toujours fidèles à la voie locale, mais diminuent le nombre des injections intra-rachidiennes.

L. R.

Les méthodes actuelles de traitement de la méningite tuberculeuse, par V. de Lavergne, J.-R. Helluy et Petit. (*Bull. de la Société de médecine de Nancy*, séance du 23 juin 1954).

Le traitement de la méningite tuberculeuse était centré, autrefois, sur la streptomycine. Il l'est maintenant sur l'isoniazide, qui devient le médicament de base. Faut-il utiliser cet isoniazide seul, ou en association avec la streptomycine et le P.A.S. ? Une réponse définitive serait prématurée. Les auteurs préconisent encore un traitement mixte, triple d'abord, double ensuite, mais très réduit en ce qui concerne les injections intra-musculaires et intra-rachidiennes de streptomycine. En tout cas, la streptomycine doit être utilisée à des doses infra-toxiques.

Les auteurs attirent l'attention sur les indications de la cortisone dans les arachnoïdites et du P.A.S. en perfusion dans les miliaires pulmonaires associées et comme agent de rehydratation. Ils pensent que la durée du traitement doit encore être de l'ordre de neuf mois.

L. R.

Conception actuelle du traitement de la méningite tuberculeuse, par M. Pestel (de Paris). (*La Presse médicale*, 2 février 1955).

Le pronostic de la méningite tuberculeuse déjà modifié par la streptomycinothérapie s'est trouvé transformé par l'introduction des dérivés de l'isoniazide, indiscutablement médication majeure de cette affection.

Grâce à ses propriétés de bonne tolérance et d'extrême diffusibilité, cette médication, même introduite par voie générale, gagne rapidement les méninges où l'on peut la retrouver à des concentrations efficaces. Ces constatations ont légitimé un assouplissement de la conduite thérapeutique. Il n'est plus absolument nécessaire de recourir à la voie rachidienne pour obtenir des guérisons solides. Ceci a été prouvé chez l'adulte et plus abondamment chez l'enfant. Mais tous insistent sur la nécessité d'un contrôle rigoureux du liquide céphalo-rachidien et, la plupart, sur la reprise de la voie rachidienne dès la moindre suspicion d'aggravation.

Cette tendance à l'assouplissement de la technique est moins nette dans le traitement chez l'adulte. Pour ces derniers, la majorité des auteurs restent fidèles à la voie rachidienne, tous ou presque à la nécessité d'associer à l'isoniazide la streptomycine ou le P.A.S. en commençant par la voie rachi-

dienne. Cependant, un nombre de plus en plus grand reconnaît que le nombre des injections intrarachidiennes tend à diminuer et que le rythme de leur prescription tend à devenir plus lent.

Sur le plan théorique et sur le terrain solide des faits, il apparaît démontré que l'on peut, grâce aux nouvelles médications anti-tuberculeuses, traiter et guérir les méningites tuberculeuses, sans recourir à la voie rachidienne.

L. R.

Traitement de la méningite tuberculeuse par l'isoniazide à doses efficaces. Deux ans et demi d'expérience, par A. Ramos, professeur et L. Torrès-Marty, professeur-adjoint à l'Université de Barcelone. (*La Presse médicale*, 11 mai 1955).

Deux ans et demi de traitement de la méningite tuberculeuse par l'isoniazide, administrée exclusivement par la voie buccale, ont montré la valeur considérable de cette médication. Toutefois, il faut donner des doses suffisantes, atteignant 40 à 50 mgr. par kilogramme par jour. La mortalité est encore grande chez les enfants de moins de 2 ans, tant du fait des contagions massives que d'un diagnostic trop tardif. Dans la grande majorité des cas, les guérisons sont complètes et sans séquelles d'ordre neurologique ou psychique. Dans certains cas, la bécégéthérapie peut constituer une thérapeutique complémentaire intéressante.

L. R.

Traitement de la méningite tuberculeuse par l'I.N.H. administré uniquement per os par voie rectale sans recourir à la voie rachidienne, par A. Ravina et M. Pestel. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux, de Paris*, séance du 26 novembre 1954).

Rappelant les progrès dont a bénéficié le traitement de la méningite tuberculeuse dans ces dernières années, les auteurs concluent que les dérivés de l'hydrazide de l'acide isonicotinique en constituent la médication de choix. Son emploi par voie générale *per os* ou intra-rectale, a donné dans onze cas de méningite rigoureusement authentifiée, des guérisons totales, dont certaines se maintiennent depuis plus de deux ans sans présenter aucune séquelle. La justification de cette méthode est donnée par les propriétés de diffusibilité de l'isoniazide dont la concentration dans les humeurs et dans le liquide céphalo-rachidien, en particulier, atteint, quelques heures après l'administration *per os* ou intra-rectale, un taux nettement efficace. Les doses utilisées n'ont jamais dépassé 5 à 10 mgr. par kilogramme au maximum. Elles ont paru suffisantes et ont mis à l'abri des incidents signalés avec des posologies plus élevées. Ces résultats correspondant à l'ensemble des cas entrés dans un service de médecine générale depuis près de trois ans ont été confirmés par de nombreuses publications étrangères et semblent bien indiquer que l'orientation du traitement de la méningite tuberculeuse se fait vers la simplification. L'introduction de la médication par voie rachidienne n'est aucunement indispensable pour les dérivés de l'isoniazide. Quant à l'utilité du traitement associé, elle ne paraît pas évidente ; il n'est pas définitivement établi que l'administration simultanée de divers antibiotiques renforce les propriétés d'aucun d'entre eux. Sans nier l'existence

de souches de bacilles non influencés par l'isoniazide, ce qui est rare en matière de tuberculose méningée, les auteurs préfèrent appliquer successivement chacun des antituberculeux dont nous disposons, plutôt que de les réunir d'emblée. L'utilité de l'administration d'isoniazide par voie rectale paraît particulièrement intéressante chez l'enfant et le nourrisson, où elle assure rapidement une concentration efficace dans le liquide céphalo-rachidien. Son adjonction à la prise *per os* permet d'obtenir rapidement une posologie élevée, la tolérance par cette voie étant nettement meilleure et les accidents ou incidents de surdosage n'étant pas à craindre.

L. R.

Essai de corticothérapie dans quelques cas de méningite tuberculeuse de l'adulte, par Paul Nayrac, Michel Fontan, Pierre François, Roger Rabache et Philippe Pruvot. (*Bull. de la Société de Médecine du Nord*, séance du 23 avril 1955).

Dans le traitement des arachnoïdites tuberculeuses, les auteurs n'ont observé avec la cortisone et l'A.C.T.H. par voie générale ou l'hydrocortisone intra-rachidienne aucune complication ni poussée évolutive bacillaire. Les résultats sont très rapidement favorables dans les cas précocement traités. Par contre, l'amélioration est d'autant plus lente et plus discrète que l'arachnoïdite est plus anciennement installée.

L. R.

A quelles conditions peut-on se dispenser d'un traitement intra-rachidien dans la méningite tuberculeuse de l'enfant ? par J. Fouquet, Mlle V. Heimann, L. Teyssier et Cayla. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 26 novembre 1954).

Après avoir résumé les modifications apportées au traitement de la méningite tuberculeuse de 1947 à 1952, les auteurs posent des conditions précises à l'abandon du traitement intra-rachidien. 1° Conserver les associations d'antibiotiques, streptomycine, perfusion de P.A.S. et isoniazide pour éviter l'apparition de bacilles de Koch résistants. 2° Surveillance indispensable du liquide céphalo-rachidien. Dans les cas graves, ou si l'évolution n'est pas rapidement favorable, il importe d'avoir recours aux injections intra-rachidiennes qui ont fait la preuve de leur efficacité et de leur innocuité. Les doses injectées par cette voie ne doivent pas dépasser 50 mgr. pour la streptomycine et 20 mgr. pour l'isoniazide. 3° Doses d'isoniazide ingérées très supérieures à celles utilisées en phtisiologie : de 20 à 50 mgr. par kilogramme et par jour suivant l'âge ; les nourrissons sont spécialement tolérants. 4° Durée capitale du traitement qui doit être continué jusqu'à obtention d'un liquide céphalo-rachidien normal, donc de huit à dix mois, seule manière de minimiser, sans le supprimer totalement, le risque de rechutes. La surveillance doit s'exercer bien après la guérison.

Les séquelles, rares si les malades sont traités à temps, n'atteignent pas plus de 10 % des malades. L'isoniazide paraît être le médicament le plus actif dans la méningite tuberculeuse ; il permet de raccourcir et même d'éviter dans bien des cas le traitement intra-rachidien, mais il ne faut s'engager dans cette voie qu'avec prudence.

L. R.

Résultats du traitement de la méningite tuberculeuse de l'adulte, par E. Bernard, Duroux, A. Lotte, Jarniou, R. Bouvier et Azorin. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 26 novembre 1954).

D'une étude portant sur 255 malades, les auteurs concluent que, quelle que soit la modalité du traitement, le nombre des décès qui surviennent après une année depuis le début du traitement est très faible. Parmi les facteurs favorables du pronostic, ils soulignent, en plus de la valeur propre des médications et surtout de l'isoniazide, la précocité du traitement et l'absence des troubles de la conscience. Dans ces cas, on peut, surtout si les signes humoraux s'amendent rapidement, réduire le nombre des injections médicamenteuses intra-rachidiennes, mais leur suppression totale est risquée, d'autant qu'il est difficile chez l'adulte d'accroître dans de grandes proportions la dose quotidienne d'isoniazide par voie générale.

L. R.

La qualité de la guérison de la méningite tuberculeuse de l'adulte, par V. de Lavergne, J.-R. Helluy et J. Martin. (*Bull. de la Société de médecine de Nancy*, séance du 9 juin 1954).

Observations de 441 malades traités de 1947 à 1953, importante statistique globale où sont comptés tous les entrants et montrant que la guérison des méningitiques, d'abord de 30 %, puis de 50 %, est actuellement de 80 à 90 %. En même temps que sont plus nombreuses les guérisons, les rechutes sont de plus en plus rares et les guérisons intégrales (nombre de malades guéris sans séquelles sur 100 survies), d'abord de 40 %, sont maintenant de 70 %. Il est possible de faire mieux encore puisque les séquelles thérapeutiques sont désormais évitables et que les arachnoïdites peuvent être améliorées ou guéries grâce à la cortisone notamment. Enfin, une réhabilitation bien conduite peut parfaire la guérison.

L. R.

Essais de prévention des adhérences méningées dans les pie-mérites tuberculeuses par la sulfone di-argentique, par J. Grenier, J. Bavay, A. Roberti et G. Kahan-Lemaire (d'Argenteuil). (*La Presse médicale*, 19 octobre 1954).

L'apparition des antibiotiques a modifié entièrement le pronostic de la méningite tuberculeuse, mais dans un certain nombre de cas, le traitement est rendu difficile et parfois inopérant, non par la résistance des germes aux antibiotiques, mais par le blocage méningé qui semble être cause d'échecs thérapeutiques ou de séquelles graves. S'il était possible d'éviter de façon certaine la production des adhérences méningées, en employant dès le début un antibiotique ayant des propriétés particulièrement pénétrantes, on pourrait obtenir des résultats encore plus satisfaisants et améliorer le pourcentage des guérisons. Les auteurs proposent d'associer la sulfone argentique, non toxique en elle-même, aux antibiotiques classiques, pour éviter la formation d'adhérences méningées ou faire disparaître celles-ci si elles se sont malheureusement déjà produites, cela en plus d'une action antibacillaire spécifique qui n'est pas certaine. Il ne semble pas que cette association ajoute un facteur toxique nouveau à la thérapeutique habituelle, mais il

sera prudent de surveiller la formule sanguine et l'émonctoire rénal. Dans une observation, les auteurs ont, grâce à cette association, obtenu la disparition des adhérences méningées et une guérison qui s'avérait très compromise.

Ce travail a pour but d'attirer l'attention sur une association qui, employée dès le début des pie-mérites tuberculeuses, pourrait être favorable.

L. R.

PSYCHIATRIE MÉDICO-LEGALE

L'expertise médicale dite contradictoire, par C. Simonin. (*Comptes rendus du 27e congrès de médecine légale, médecine du travail et médecine sociale de langue française*, Strasbourg, 27-29 mai 1954).

L'auteur estime que certaines améliorations urgentes doivent être introduites dans la procédure pénale. Il propose les réformes suivantes : 1° obligation pour la défense de faire connaître par écrit, à l'avance, les critiques au sujet du rapport d'expertise ; 2° institution de l'expertise simultanée dite contradictoire ; 3° création d'un collège d'arbitrage en cas de désaccord de l'expertise simultanée.

L. R.

Narcoanalyse et justice criminelle, par J. M. Mac Donald. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, octobre 1954, p. 283).

Législateurs et médecins s'opposent à l'emploi de drogues sans le consentement du sujet pour obtenir des confessions involontaires. Cependant, sous la mauvaise appellation de « sérum de la vérité », des médecins utilisent des drogues pour obtenir des aveux de sujets suspectés de crime. Or, il est reconnu que les réponses obtenues peuvent être fausses et que seules les personnes qui ont intérêt à dire la vérité ne mentent pas.

Pour des raisons morales, le psychiatre ne peut avoir recours à la narcoanalyse quand il est requis comme expert, mais il n'y a aucune objection éthique à ce qu'il procède à un examen narco-analytique chez un prévenu qui peut avoir agi sous l'influence de troubles mentaux. Le sujet doit donner son consentement, de préférence par écrit ; il a l'opportunité de consulter son avocat avant l'examen ; les informations ainsi obtenues ne peuvent servir à reconnaître innocent ou coupable le prévenu à moins que celui-ci ou son avocat le permette. La narco-analyse peut suspendre le mutisme ; elle peut ensuite servir à établir un diagnostic correct. Elle est souvent utilisée dans des cas d'amnésie. Elle n'a aucune valeur dans les cas où le sujet est de mauvaise foi. Elle peut être utile chez les sujets qui sont opposants. Il faut reconnaître toutefois qu'elle permet rarement de découvrir la vérité, qu'elle a peu de valeur avec les simulateurs et les psychopathes. L'auteur exprime l'opinion que les cours de justice agiraient sagement en continuant à critiquer la narco-analyse.

L. Marchand.

L'électroencéphalographie dans l'expertise médico-légale, par J. Planques et Ch. Grèzes-Rueff. (*Comptes rendus du 27e congrès international de médecine légale, médecine du travail et médecine sociale de langue française,* Strasbourg, 27-29 mai 1954).

Les résultats de l'électro-encéphalogramme ne prennent leur valeur qu'en venant s'intégrer à ceux de la clinique. Cet examen est indispensable pour l'appréciation de tout dommage cranien de quelque importance. La présence d'anomalies n'ôte aucune des difficultés du diagnostic et de l'estimation de l'élément névrotique fréquemment surajouté. Elle doit faire craindre des séquelles. Dans la moitié des cas, l'électro-encéphalogramme est sensiblement normal.

Dans l'expertise mentale, pour déterminer la responsabilité, l'électro-encéphalogramme n'est réellement indiqué, dans l'état actuel de nos connaissances, que dans le cas d'épilepsie, de traumatisme cranien ou d'intoxication récente.

Les moyens d'activation physique et chimique ne doivent être utilisés qu'avec une extrême circonspection. Les auteurs conseillent même leur abandon dans la pratique de l'expertise.

L. R.

Quelques réflexions pratiques sur l'application de l'électroencéphalographie en médecine légale, par P. L'Epée, Bannel et Guibert. (*Comptes rendus du 27e congrès international de médecine légale médecine du travail et médecine sociale de langue française,* Strasbourg, 27-29 mai 1954).

Les auteurs attirent l'attention sur les divergences d'opinion des experts, en présence d'un même tracé, pour apprécier un taux d'invalidité. Ils critiquent le terme d'*épilepsie électrique.* Après un rappel des règles qui doivent être observées dans l'enregistrement des tracés, les auteurs envisagent la révision des différents barèmes à la lumière des données électro-encéphalographiques et soulignent la nécessité, pour les experts et encéphalographistes, d'adopter une unité de vue.

L. R.

Considérations sur le vol, par Robert Legros, juge au tribunal de Namur, chargé de cours à l'Université de Bruxelles. (*Revue de droit pénal et de criminologie,* Bruxelles, mai 1955).

Résumé du cours de droit pénal spécial fait à l'Université libre de Bruxelles en 1954-1955 et destiné aux étudiants. L'auteur y examine les problèmes classiques du vol à la lumière de la jurisprudence et de la doctrine récentes ; caractères essentiels ; comparaison avec l'escroquerie, l'abus de confiance, l'extorsion ; le vol domestique ; le vol d'usage ; le vol pour récupérer ; l'excuse de parenté. Il établit que le vol se caractérise avant tout par la violence, effective ou potentielle. A propos du vol, il aborde certains problèmes plus généraux : délit putatif, délit politique, et, surtout, la question de l'autonomie du droit pénal.

En conclusion, l'auteur, à propos du vol, montre que les deux tendances générales du droit pénal — subjective et objective — ne sont contradictoires

qu'en apparence, reliées qu'elles sont par une certaine conception de la défense sociale, conception nouvelle, *défense sociale élargie,* comprenant, outre la défense contre le crime, la défense des valeurs sociales et morales du groupe et sa notion du Juste.

L. R.

Les interrelations de la délinquance et de la névrose. Analyse de deux cas (The interrelations of delinquency and neurosis. The analisis of two cases), par Andrew Peto (de Sidney). (*British Journal of Medical Psychology*, vol. 27, nos 1-2, 1954, p. 1-14).

L'auteur présente deux cas de délinquants psychanalysés pour des troubles psychiques apparus au moment où l'activité antisociale avait cessé. Ces observations permettent de préciser les rapports existant entre délinquance et névrose, de montrer le rôle essentiel de la mère pour l'apparition de troubles ultérieurs ou de délits, ainsi que de préciser la grande valeur des trois premières années de l'enfance, dans la formation de la personnalité. Un comportement anti-social peut être relié parfois à un traumatisme affectif de cette période précoce. La prophylaxie doit tenir compte de cette notion.

V.-J. Durand.

A propos de la récidive des anormaux, par M. Alexander. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, mai 1955).

Un grand nombre d'anormaux deviennent délinquants parce qu'ils se trouvent dans un état de trouble affectif où domine souvent l'anxiété. Il se constitue un ensemble psychique dont fait partie l'impulsion irrésistible à commettre une infraction. Le rôle étiologique du déséquilibré est généralement admis lorsqu'il s'agit de toxicomanes ou de délinquants contre les mœurs. Elle est plus discutée en ce qui concerne les délinquants contre la propriété. Cependant, le mécanisme psychologique est semblable pour beaucoup de sujets de la dernière catégorie à celui qui existe dans les deux premières. Les mesures à prendre pour traiter ces anormaux récidivistes ont, en pratique, plus d'importance que le choix pour eux de la prison ou de l'établissement de défense sociale, pourvu que ces institutions puissent leur assurer un examen et une thérapeutique psychologiques convenables. Ce traitement devrait, d'ailleurs être organisé d'abord pour les jeunes et pour les primaires. Des équipes médico-psycho-sociales doivent être créées à cette intention.

L. R.

Du comportement social après traitement, par R. S. Banay. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 2, n° 4, octobre 1954, p. 241).

Un pessimisme injustifié a longtemps été associé au traitement des délinquants, autant par l'opinion publique que par les magistrats et les médecins. L'auteur croit que l'on peut réformer la délinquance, mais les méthodes employées actuellement ne permettent pas le sauvetage social. Si les

manifestations de la délinquance prennent leurs sources dans le subconscient, l'expérience montre que des difficultés complexes relatives à l'émotivité cachent souvent des conditions physiques qui restent inapparentes. Avant de commencer tout traitement, le thérapeute doit tenir compte de l'état émotif du sujet. On doit déterminer si le sujet peut bénéficier de cette thérapeutique somato-psychique particulière; il faut que le thérapeute ait une expérience nécessaire du traitement de la délinquance, car il doit étudier les caractères de la personnalité des sujets, les conditions de leur milieu, l'altération de leur jugement et de leurs fonctions intellectuelles, leur automatisme et la faiblesse de leurs sentiments. L'auteur a traité 100 délinquants. Parmi ceux-ci, 50 ont été suivis durant des périodes de trois à cinq ans ; 30 ont repris leur place dans la société. Chez ces derniers, il était manifeste que des complications physiques importantes avaient été cause de leur délinquance. De nombreux symptômes montrent que des encéphalites, une épilepsie latente, des troubles glandulaires, un début de schizophrénie peuvent exister et n'être pas diagnostiqués.

L. Marchand.

Du crime au criminel, par le professeur Laignel-Lavastine. (*Archives internationales de neurologie*, 1952, n° 7, p. 121-127, n° 8, p. 142-147, n° 9, p. 162-170 ; 1953, n° 1, p. 1-11, n° 2, p. 22-33, n° 3, p. 44-52, n° 4, p. 65-72, n° 5, p. 87-101, n° 6, p. 110-123, n° 7, p. 131-153, n° 8, p. 154-165, n° 9, p. 176-197, n° 10, p. 200-250).

Dans cette série de leçons faites à l'Ecole supérieure d'Anthropobiologie de novembre 1951 à avril 1952, le regretté professeur Laignel-Lavastine, de son style vivant, imagé, exposait de nombreux problèmes de médecine légale. Rappelant d'abord les articles du code pénal sur les crimes et les délits, les règles de l'instruction, de l'enquête judiciaire, de l'expertise, il décrivait ensuite le vol et les voleurs, y compris les récidivistes, les voleurs pathologiques, passionnels, les escrocs, rapportant de nombreuses observations détaillées, montrant les difficultés du rôle de l'expert, la prudence nécessaire pour remplir correctement sa mission. Avec le n° 10 de 1953, se termine la publication des Archives internationales de neurologie, fondées en 1880 par Charcot et dirigées depuis 1937 par le maître disparu.

V.-J. Durand.

Intoxication criminelle par sédormid, par A.-J. Chaumont, E. Weil et F. Marcoux. (*Comptes rendus du 27e congrès international de médecine légale, médecine du travail et médecine sociale de langue française*, Strasbourg 1954).

Empoisonnement criminel par sédormid chez une femme qui tenta d'entraîner dans son suicide ses cinq enfants. Seul un des enfants, âgé de 5 ans, décéda trente heures après l'absorption de 2 gr. de toxique. A l'autopsie : lésions asphyxiques et congestives importantes sans hémorragies ni purpura ; histologiquement, apoplexie diffuse des poumons avec nombreuses thromboses récentes et signes de néphrite épithéliale.

L. R

Problèmes médico-légaux en psychochirurgie, par M. Silbermann et J. Ransohoff. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 11, mai 1954, p. 801).

Les problèmes médico-légaux soulevés par la psychochirurgie augmentent en même temps que ces interventions deviennent plus fréquentes. Le consentement du malade est primordial mais la question de sa capacité légale est immédiatement soulevée. Si le malade est un adulte dont la capacité légale est normale, son consentement peut suffire ; mais il est bon d'obtenir aussi le consentement de parents ou d'amis. Si le malade est irresponsable, l'autorisation d'opérer doit être donnée par les proches-parents ou le tuteur. Il est des cas où le consentement doit être demandé aux tribunaux qui désigneront des experts. Quand le malade est reconnu irresponsable et quand il conserve encore assez de jugement pour comprendre les risques de l'opération, le chirurgien fera bien de lui demander aussi son consentement. Les auteurs donnent le texte d'un modèle d'autorisation ; dans celui-ci, le malade ou ses parents reconnaissent qu'ils sont prévenus des risques consécutifs à l'opération (convulsions, modification de la personnalité et de l'intelligence, gâtisme, paralysie, etc...). Le but du consentement est de protéger le malade et le chirurgien. Ces formalités sont surtout importantes quand il s'agit de sujets normaux mentalement, qui souffrent de douleurs irréductibles. Après les lobotomies ils ne souffrent plus mais ils présentent des modifications profondes dans leur attitude vis-à-vis de leur famille, de leurs amis et de leur entourage. D'autres questions peuvent être soulevées, par exemple la mise en liberté des lobotomisés internés et la reprise de leurs occupations sociales (direction d'établissement, administrations), celle de sujets qui ont présenté des tendances criminelles. Les lobotomies n'ont jamais fait disparaître les tendances criminelles et même il y a des cas où celles-ci ont été provoquées par l'intervention. Les autres questions soulevées ont trait au mariage, au divorce, à l'adoption d'un enfant. En fait, chaque cas doit être jugé individuellement.

L. Marchand.

A propos du secret professionnel, par P. Mazel et J. Bourret. (*Comptes rendus du 27e congrès international de médecine légale, médecine du travail et médecine sociale de langue française*, Strasbourg, 27-29 mai 1954).

Etude des conséquences du secret partagé entre le médecin-traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale. La législation pénale impose le secret au médecin-traitant ; toute violation est passible de sanctions. La règle du secret élève la profession médicale. Toute dérogation, même relative, risque de porter atteinte à son prestige. Il est impossible de rendre chaque médecin juge de dérogations dont l'interprétation risque d'être très large. Le secret professionnel est une mesure d'intérêt général. Il n'appartient pas à la profession médicale d'en disposer à son gré.

L. R.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 octobre 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 novembre 1955*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 novembre 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

L'Assemblée générale et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 19 décembre 1955*, à 10 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

Nécrologie

M. le professeur Henri ROGER, de Marseille, membre correspondant de l'Académie de médecine, membre titulaire de la Société médico-psychologique ;

M. le D[r] Henri BERSOT, du Landeron (Neuchâtel), membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Légion d'honneur

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

Par décret en date du 15 juillet 1955, sont promus ou nommés dans l'Ordre national de la Légion d'honneur au grade de :

Commandeur :

M. J. LHERMITTE, membre de l'Académie de médecine, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Officier :

M. J. DELAY, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Ordre de la santé publique

Par décret du 13 août 1955, sont promus ou nommés aux grades de :

Commandeur :

M. le professeur G. Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris ;
M. le Dr J. Lauzier, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique la Char-

Officier :

M. le Dr X. Abély, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine, (Paris) ;
M. le Dr A. Régis, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique autonome

Chevalier :

M. le Dr R. Got, médecin de l'hôpital psychiatrique départemental d'Evreux-Navarre (Eure) ;
M. le Dr P. Rancoule, médecin de l'hôpital psychiatrique de Nice.

(*Journal officiel*, 25 août 1955).

Concours du médicat des hôpitaux psychiatriques (cadre général)

Par arrêté du 16 juillet 1955, sont déclarés définitivement reçus au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques (cadre général), du 14 juin 1955 :

MM. L. Fourny, Cl. Ganry, J. Mercier, R. Gentis, J.-P. Schnetzler, R. Vallet, Mme H. Deshayes-Lhumeau, MM. A. Gambs, J. Hemmi, J. Postel, Mlle Th. Dampt, M. H. Heyward, Mme Koechlin, MM. G. Vidal, J. Perrin, F. Conseil, Cl. Balier, H. Godard, S. Ratsimiala-Ratandra, E. Derouet, G. Mahé, A. Guillon, Mlle M. Pochard, Mme M. Dell, MM. G. Houillon, C. Danillon, J. Jouppe, J. Brocheriou.

(*Journal officiel*, 21 juillet 1955).

Nominations

Mme le Dr Boittelle est chargée à titre provisoire des fonctions de médecin-directeur à l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle) ;

M. le Dr P. Bour est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

M. le Dr G. Collier est nommé médecin-directeur à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne) ;

M. le Dr Pierre Danillon est chargé à titre provisoire, à compter du 1er septembre 1955, des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle) ;

M. le Dr E. Derouet est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère) ;

M. le Dr L. Fourny est nommé médecin-chef du quartier psychiatrique des hospices d'Aurillac (Cantal) ;

M. le Dr Cl. Ganry est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan) ;

M. le Dr A. Guillon est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ;

M. le Dr J. Hemmi est nommé médecin-psychiatre départemental de la Corse ;

M. le Dr Jean Jouppe est chargé à titre provisoire des fonctions de médecin de l'hôpital psychiatrique de Saint-Lizier (Ariège) ;

M. le Dr G. Mahé est nommé médecin-chef du quartier psychiatrique des hospices de Morlaix (Finistère) ;

M. le Dr J. Perrin est chargé, à titre intérimaire, des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bassens (Savoie) ;

M. le Dr J.-P. Schnetzler est nommé médecin-chef au quartier psychiatrique des hospices de Morlaix (Finistère) ;

M. le Dr Torrubia est nommé médecin-chef du quartier psychiatrique des hospices d'Aurillac (Cantal).

Mlle le Dr H. Chaigneau est détachée, pour une durée de trois ans, auprès du préfet de la Seine, en vue de son affectation en qualité de médecin-assistant du service de traitement et de réadaptation sociale de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard.

Organisation de concours pour le recrutement d'internes dans les hôpitaux psychiatriques dépendant de certaines sociétés hospitalières.

Il est ouvert, chaque année, par arrêté du ministre de la Santé, en principe au mois d'octobre, un *concours pour la nomination aux emplois vacants d'interne en médecine dans les hôpitaux psychiatriques dépendant des sociétés hospitalières* de : Sainte-Marie-de-l'Assomption, le Bon-Sauveur de Caen, le Bon-Sauveur de Saint-Lô et Saint-Joseph de Cluny.

(*Journal officiel*, 6 septembre 1955).

Neuro-psychiatres des hôpitaux de 2e et 3e catégorie de la région sanitaire de Paris.

Des *concours* auront lieu à Paris à partir du 11 janvier 1956 :

sur épreuves : organisés par postes vacants pour le recrutement de neuro-psychiatres (chefs de service) dans les hôpitaux suivants de 2e catégorie : Versailles, Argenteuil et Melun ;

sur titres : en vue de la nomination de neuro-psychiatres (chefs de service) des hôpitaux suivants de 3e catégorie : Beaumont-sur-Oise et St-Cloud.

Inscriptions (entre le 5 novembre et le 5 décembre 1955) et renseignements à l'Inspection divisionnaire de la Santé, 10 *bis*, boulevard de la Bastille.

Assistants de neuro-chirurgie des hôpitaux de Paris

Un *concours* pour la nomination à deux places d'*assistant de neuro-chirurgie des hôpitaux de Paris*, sera ouvert le mercredi 26 octobre 1955, à 9 h., à la salle du conseil de surveillance de l'administration, 3, avenue Victoria (escalier B, 2e étage).

Inscriptions tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 15 à 17 heures.

SOCIÉTÉS

Société suisse de psychiatrie

La *Société suisse de psychiatrie* tiendra sa 2e réunion de l'année, sous la *présidence* du professeur W. Boven, les *10* et *11 décembre 1955*, à *Berne* (Waldau), à l'occasion de la célébration du centenaire de cet établissement.

A l'ordre du jour de cette réunion : « Histoire de la psychiatrie ». *Rapporteur :* M. le professeur Wyrsch (Waldau).

Secrétaire général : Dr O. Riggenbach.

Hôpital neuropsychiatrique provincial de Vercelli (Italie)

L'Hôpital neuro-psychiatrique de Vercelli (Italie) a organisé, sous la *présidence* de son directeur, le professeur E. Broggi, les 24 et 25 septembre 1955, un *Symposium sur l'hibernation artificielle, le sommeil prolongé et les neuroplégiques dans la thérapie neuro-psychiatrique.*

ASSISTANCE ET PROPHYLAXIE

Construction de huit hôpitaux psychiatriques nouveaux en France et mise en place d'un réseau complet de dispensaires d'hygiène mentale.

Le Dr Bernard Lafay, ministre de la santé publique, a réuni à Paris les médecins, assistantes sociales, etc., chargés de mettre en place, dans tous les départements, les « dispensaires d'hygiène mentale » créés par décret le 20 mai dernier.

Au cours de cette réunion, le ministre a précisé le rôle que ces dispensaires vont jouer dans la lutte contre l'alcoolisme et les maladies mentales. Le nombre des malades mentaux s'accroît constamment depuis quelques années, au point que les hôpitaux psychiatriques sont de plus en plus débordés : près de 60.000 nouveaux malades ont dû être internés en 1954, et la capacité des établissements de traitement n'est actuellement que de 77.217 lits ; on s'attend à un total de 120.000 internés en 1957.

A cette situation, le ministre a prévu deux remèdes. D'une part, la *construction de huit hôpitaux nouveaux* en quatre ans, et la *modernisation des services existants,* qui accroîtront la capacité totale de 10.000 lits ; d'autre part, l'action des dispensaires, « bastions avancés » de la lutte contre l'alcoolisme et les maladies mentales, en vue de réduire le nombre et la durée des hospitalisations.

Ces nouveaux organismes permettront d'organiser le dépistage, de dispenser, aux alcooliques reconnus, des cures de désintoxication « ambulatoires », c'est-à-dire évitant l'internement, de suivre les malades pendant et après ces cures, enfin d'organiser et d'appuyer la propagande contre l'alcoolisme.

M. Bernard Lafay estime que le réseau complet des *dispensaires d'hygiène mentale* sera en mesure de fonctionner au début de l'année prochaine.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1955 (4e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.113
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 88.114. — 1955.
C.O.A.L. 31.2330.

TOTALBÉ
MÉTHIONINE-CHOLINE

PROPHYLAXIE *du foie*
ALCOOLIQUE

Association complexe B facteurs lipotropes (méthionine-choline)

MÉDICATION
HÉPATO-PROTECTRICE

INSUFFISANCE HÉPATIQUE
ICTÈRES TOXIQUES OU INFECTIEUX
ÉTATS PRÉ-CIRRHOTIQUES
CIRRHOSE - STÉATOSE
TROUBLES DE LA NUTRITION
ANÉMIES CARENTIELLES

POSOLOGIE : *2 à 8 comprimés par jour*

LABORATOIRES CHABRE FRÈRES
TOULON

A. Montanari. — Le sondage des espaces nerveux 549

J. Chevreau et R. Coujard. — Action trophique du diencéphale sur les neurones périphériques 549

L. Larue et G. Nadeau. — Contribution à l'étude de la psychobiologie : variabilité métabolique et dysharmonie endocrinienne du schizophrène 550

L. Giorgio. — Recherches sur la réaction à l'alcool-sublimé de Di Maria chez les schizophrènes 550

L. Choquard. — Poliomyélite expérimentale et essai de traitement 550

M.-G. Verdeaux et R. Marty. — Action sur l'électro-encéphalogramme de substances pharmaco-dynamiques d'intérêt clinique 551

A. Le Hir. — Comparaison des effets de la sempervirine et de la flavocoryline sur les systèmes nerveux autonome et cardiovasculaire du chien 551

L. Ectors. — L'action épileptogène de la streptomycine, de la terramycine et de l'association pénicilline-streptomycine en application sur le cortex du lapin non anesthésié 552

L. Ectors. — Contribution à l'étude de l'action des barbituriques sur l'épilepsie corticale. (Etude expérimentale sur l'animal éveillé, notes préliminaires) 552

H. Terzian. — Etude de l'action du largactil (4560 R.P.) et du pendiomide sur l'activité électrique cérébrale du lapin 552

Ed. Giraud-Costa, V. Seferian, A. Farjallah et J. Adès. — Action des ganglioplégiques sur l'hypothermie provoquée par la chlorpromazine 552

H. Laborit, R. Favre, R. Guittard et G. Laborit. — Excitabilité neuro-musculaire. Equilibre ionique (K et Ca) et optimum thermique de fonctionnement tissulaire. Aperçus thérapeutiques en hibernothérapie et en chirurgie . 553

R. Lafon, P. Monnier, J. Minvielle et Mlle S. Baldy. — Electrophorèse des protéines du liquide céphalo-rachidien. Premiers résultats 553

M. Bolgert et G. Levy. — Sur l'intérêt du test de Nelson 554

P.-J. Michel. — A propos du test de Nelson positif 554

F. Pagès, C. Pedoya et J. Girard. — Sérologie syphilitique des sujets de race noire et test de Nelson 554

G. Nadeau, Y. Rouleau et J. Delage. — Le sort du foie des alcooliques. I. L'épreuve à la bromosulfaléine, un indice de dysfonction hépatique chez l'alcoolique chronique 555

Endocrinologie.

P. Abély. — Endocrinopathie et psychiatrie 555

R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge et A. Pagès. Les dysfonctionnements endocriniens au cours des séquelles tardives des traumatismes crâniens 555

R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, J.-P. Temple et A. Pagès. — Quelques aspects de diencéphalopathies post-traumatiques 556

R. Courrier, R. Tubiana et Morel. — Evaluation de la fonction thyroïdienne par l'iode radio-actif en clinique humaine 556

Mmes R. Pitt-Rivers et O. Thibault. — Les dérivés acétiques de la thyroxine et de la tri-iodothyronine catalysent les oxydations cellulaires sans temps de latence 556

(*Suite du sommaire page XV*).

CLINIQUE DE VERSAILLES

62, rue Albert Joly, à VERSAILLES (S.-et-O.).

Tél. : VER. 23-96

PSYCHOSES — NÉVROSES — TOXICOMANIES — TOUTES LES THÉRAPIES CONVALESCENCES - REPOS

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr PIERRE FOUQUET

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

J. Raverra, J. Cervino, J. Barsantini, A. Garra, A. Navarro (fils) et J.-C. Mussio-Fournier. — Myxœdème avec insuffisance cardiaque, angine de poitrine et épanchement pleural. Evolution favorable par le traitement thyroïdien .. 556

H.-L. Sheehan. — Quelques rapports anatomo-cliniques dans l'hypopituitarisme 557

M. Albeaux-Fernet, R. Houdart, J. Chabot, J. Escourolle, J.-D. Romani et Rochedix. — Syndrome neuro-hypophysaire chez un garçon de 21 ans ; granulome épithélioïde du nerf optique ; maladie de Besnier-Bœck-Schaumann probable 557

J. Cheymol, J. de Leeuw, R. Henry et J. Oger. — L'hypophysectomie pharmacodynamique par la chlorpromazine est-elle complète ? Est-elle applicable au titrage de l'adrénocorticotrophine hypophysaire ? 557

L. Christiaens, P. Dubrulle et C. Claeys. — Sur un cas d'homosexualité chez un gynécomaste avec prégnandiolurie. Intérêt de l'exploration hormonale en médecine légale 558

J. Decourt, J.-P. Michard, E. Baulieu et J. Louchart. — Acromégalie et virilisme. Etude des fonctions cortico-surrénales 558

P. Castaigne, P. Vivien et P. Clay. — Acromégalie ; goitre ; diabète ; troubles de l'élimination des stéroïdes ; convulsions. Discussion thérapeutique 558

H.-P. Klotz. — Remarques sur les variations urinaires des 17-céto-stéroïdes et des 11-oxy-stéroïdes avant et après corticostimuline dans les hypercorticismes surrénaliens (test de Thorn) 559

R. Lecocq, P. Chauchard et Mme H. Mazoué. — Recherches chronaximétriques sur les effets de l'adostérone, hormone cortico-surrénale . 559

Hygiène et prophylaxie.

F. Trémolières. — Rapport au nom de la Commission des méfaits du bruit 559

P. Dervillée et J. de Verbizier. — La fatigue paradoxale, symptôme d'alarme pour la réadaptation au travail 560

C. Constantinidès. — La collectivisation, phénomène social de notre époque, et la santé mentale 560

F. Lepage et G. Langevin-Droguet. — A propos de la préparation physique et psychique des femmes à l'accouchement 560

A. de Bœck. — Le problème du film pour enfants 561

Thérapeutique.

J. Chaptal, Cl. Gros, R. Jean, Mme Cl. Campo et M. Vlahovitch. — Résultats obtenus dans le traitement chirurgical de l'hydrocéphalie progressive de l'enfant 561

P. Mozziconacci et C. Koupernik. — Conséquences psychiatriques de la corticothérapie . 562

L. Willemin, Clog et M. Roret. — Le traitement du tétanos de l'enfant par la séro-anatoxithérapie et l'alcoolthérapie intra-veineuse combinées 562

R. Laplane, J. Savel, J. Joly et Mlle Couinaud. — Les concentrations sanguines et méningées de l'isoniazide administré par voie rectale chez l'enfant 563

M. Jeune, A. Charrat et J. Bertrand. — Syndrome neuro-œdémateux et polyradiculonévrite traités par la cortisone 563

J. Roget, A. Beaudoing et J. Deschamps. — Encéphalite de la rougeole traitée par la gammaglobuline 563

Ch. Sarrouy, F. Gillot, L. Sendra et R. Venezia. — Nos résultats dans le traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant depuis l'utilisation de l'I.N.H. 564

V. de Lavergne, J.-R. Helluy et Petit. — Les méthodes actuelles de traitement de la méningite tuberculeuse 564

M. Pestel. — Conception actuelle du traitement de la méningite tuberculeuse 564

A. Ramos et L. Torrès-Marty. — Traitement de la méningite tuberculeuse par l'isoniazide à doses efficaces. Deux ans et demi d'expérience 565

A. Ravina et M. Pestel. — Traitement de la méningite tuberculeuse par l'I.N.H. administré uniquement *per os* par voie rectale sans recourir à la voie rachidienne 565

P. Nayrac, M. Fontan, P. François, R. Rabache et Ph. Pruvot. — Essai de corticothérapie dans quelques cas de méningite tuberculeuse de l'adulte 566

J. Fouquet, Mlle V. Heimann, L. Teyssier et Cayla. — A quelles conditions peut-on se dispenser d'un traitement intra-rachidien dans la méningite tuberculeuse de l'enfant ? 566

E. Bernard, Duroux, A. Lotte, Jarniou, R. Bouvier et Azorin. — Résultats du traitement de la méningite tuberculeuse de l'adulte 567

V. de Lavergne, J.-R. Helluy et J. Martin. — La qualité de la guérison de la méningite tuberculeuse de l'adulte 567

(Suite du sommaire page XVI).

HYDROTHÉRAPIE — ÉLECTROTHÉRAPIE

CHATEAU DE SURESNES

10, Quai Galliéni. Tél. : Long. 12.88
situé aux portes de Paris (Métro Porte de Neuilly. Autobus 144)

Maison de santé moderne - pour malades nerveux -
fondée par M. le Dr V. MAGNAN
Membre de l'Académie de Médecine
Médecins-Directeurs : Dr FILLASSIER - Dr DURAND-SALADIN

J. Grenier, J. Bavay, A. Roberti et G. Kahan-Lemaire. — Essais de prévention des adhérences méningées dans les pie-mérites tuberculeuses par la sulfone di-argentique 567

Psychiatrie médico-légale.

C. Simonin. — L'expertise médicale dite contradictoire 568
J. M. Mac Donald. — Narcoanalyse et justice criminelle 568
J. Planques et Ch. Grèzes-Rueff. — L'électroencéphalographie dans l'expertise médico-légale 569
P. L'Epée, Bannel et Guibert. — Quelques réflexions pratiques sur l'application de l'électro-encéphalographie en médecine légale. 569
R. Legros. — Considérations sur le vol ... 569
A. Peto. — Les interrelations de la délinquance et de la névrose. Analyse de deux cas .. 570
M. Alexander. — A propos de la récidive des anormaux 570
R. S. Banay. — Du comportement social après traitement 570
Pr Laignel-Lavastine. — Du crime au criminel 571
A.-J. Chaumont, E. Weil et F. Marcoux. Intoxication criminelle par sédormid 571
M. Silbermann et J. Ransohoff. — Problèmes médico-légaux en psychochirurgie 572
P. Mazel et J. Bourret. — A propos du secret professionnel 572

VARIETES

Société médico-psychologique :
Séances 573
Nécrologie 573
Légion d'honneur 573
Hôpitaux psychiatriques :
Ordre de la santé publique 574
Concours du médicat des hôpitaux psychiatriques (cadre général) 574
Nominations 574
Organisation de concours pour le recrutement d'internes dans les hôpitaux psychiatriques dépendant de certaines sociétés hospitalières 575
Neuro-psychiatres des hôpitaux de 2e et 3e catégorie de la région sanitaire de Paris. 575
Assistants de neuro-chirurgie des hôpitaux de Paris 575
Sociétés :
Société suisse de psychiatrie 576
Hôpital neuropsychiatrique provincial de Vercelli (Italie) 576
Assistance et prophylaxie :
Construction de huit hôpitaux psychiatriques nouveaux en France et mise en place d'un réseau complet de dispensaires d'hygiène mentale 576

INFORMATIONS

XVIIIe Congrès des psychanalystes de langues romanes (Paris, 11-13 novembre 1955) ... XVI
Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique (20, 21, 22 octobre 1955) XVI
Colloque sur l'activité électrique du cerveau en relation avec les phénomènes psychologiques (Marseille, 7-12 novembre 1955) XVIII
Ligue nationale belge d'hygiène mentale XVIII

INFORMATIONS

XVIIIe CONGRES DES PSYCHANALYSTES DE LANGUES ROMANES (Paris, 11-13 novembre 1955)

Le *XVIIIe Congrès des psychanalystes de langues romanes* aura lieu les *11, 12* et *13 novembre 1955*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris, sous les auspices de la Société psychanalytique de Paris et sous la présidence du Dr Michel Cénac.

Secrétaire : Dr Michel Renard, 1, place des Victoires, Paris (1er).

(*Suite des informations page XVII*).

Dans l'épilepsie

DI-HYDAN

comprimés

Produits CARRION 54 Fbg St Honoré Paris 8e

COLLOQUE INTERNATIONAL SUR LA CHLORPROMAZINE ET LES MÉDICAMENTS NEUROLEPTIQUES EN THÉRAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE (20, 21, 22 octobre 1955).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS ; CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE (professeur : Jean DELAY), *Centre psychiatrique Sainte-Anne.*

Un *colloque international* consacré à la *chlorpromazine* et aux *médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique*, se tiendra à la Clinique des maladies mentales de Paris, les *20, 21* et *22 octobre 1955*, sous la *présidence* du professeur Jean DELAY.

Cette réunion doit grouper les auteurs de tous pays qui ont particulièrement contribué à l'étude de ces thérapeutiques nouvelles ainsi que tous les spécialistes qui s'y intéressent. La forme du colloque a été choisie pour permettre des échanges et des confrontations aussi nombreux et vivants que possible. Communications et discussions feront l'objet d'une publication d'ensemble.

PRINCIPAUX SUJETS TRAITÉS

1° Méthodes d'administration.
2° Posologie et durée des traitements.
3° Indications et contre-indications des diverses méthodes.
4° Associations à d'autres thérapeutiques psychiatriques.
5° Accidents et précautions.
6° Chlorpromazine et réserpine.
7° Effets neuro- et psycho-physiologiques.
8° Hypothèses concernant les modes d'action.

HORAIRE DES SÉANCES

Les séances se tiendront au Grand Amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, à l'Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris, 14e.

JEUDI 20 OCTOBRE.

9 h. à 12 h. — Communications et discussions.
14 h. 30 à 18 h. — Communications et discussions.
18 h. 30. — *Réception* par le Comité d'organisation du colloque.

VENDREDI 21 OCTOBRE.

9 h. à 12 h. — Visite de Services hospitaliers (facultative).
14 h. 30 à 18 h. — Communications et discussions.

SAMEDI 22 OCTOBRE.

9 h. à 12 h. — Communications et discussions.
12 h. 30. — Déjeuner offert par le Comité d'Organisation du Colloque. Visite touristique dans Paris.

ADHÉSIONS ET COMMUNICATIONS

Le colloque est librement ouvert à tous les médecins neuro-psychiatres qui voudront bien donner leur adhésion aussitôt que possible. Les participants qui désirent faire une communication devront en adresser le titre au *secrétariat* du colloque : Dr Pierre DENIKER, 1, rue Cabanis, Paris, 14e, *avant le 1er octobre*, dernier délai. Afin de laisser la place aux échanges et discussions, les communications seront résumées en 10 minutes ; elles comprendront 10 pages dactylographiées destinées à la publication.

Renseignements, au secrétariat du colloque : Dr Pierre DENIKER, Clinique de la Faculté, 1, rue Cabanis, Paris, 14e.

(*Suite des informations page XVIII*).

COLLOQUE SUR L'ACTIVITE ELECTRIQUE DU CERVEAU EN RELATION AVEC LES PHENOMENES PSYCHOLOGIQUES (Marseille, 7-12 novembre 1955).

Un *colloque sur l'activité électrique du cerveau en relation avec les phénomènes psychologiques*, organisé sous la présidence du professeur A. Fessard, du Collège de France, et sous les auspices de la Réunion européenne d'information électro-encéphalographique, par M. le Doyen G. Morin, et MM. G. Walter et H. Gastaut, aura lieu à Marseille, du 7 au 12 novembre 1955.

Lundi 7 novembre : Propositions pour une sémantique électro-encéphalographique, par H. Gastaut et W. G. Walter. — Rapports consacrés à l'étude électro-encéphalographique ou polygraphique de certains phénomènes perceptifs, affectifs ou cognitifs, par G. et J. Verdeaux et R. Frances (Paris), H. Fischgold, G. Arfel, P. Mathis et H. Torubia (Paris), C. Dreyfus-Brisac, C. Blanc, M. Samson et M. Monod (Paris), P. Dell et G. Lairy-Bounes (Paris).

Mardi 8 : Rapports consacrés à l'étude électro-encéphalographique ou polygraphique de l'activité nerveuse supérieure et du conditionnement, par V. Rusinov (Moscou), G. Smirnov (Moscou), A. Jus (Lodz), H. Jasper et F. Morrell (Montréal), H. Magoun, M. Jouvet et Hernandez-Péon (Los Angeles), P. Buser (Paris), N. Yoshii (Osaka), Mme Popov (Paris).

Mercredi 9 : Rapports consacrés à l'étude électro-encéphalographique ou polygraphique de certains aspects de la personnalité, par A. Mundy-Castle (Johannesburg), W. Grey Walter (Bristol), D. Hill et D. Pond (Londres), N. Das (Calcutta), W. Storm van Leeuwen (Leiden), M. Kennard (Vancouver), S. Sherwood (Londres), J. Faure (Bordeaux).

Jeudi 10 : Continuation des rapports consacrés à l'étude électro-encéphalographique ou polygraphique de certains aspects de la personnalité, par A. Remond et N. Lesèvre (Paris), M. et S. Dongier, G. et A. Angel (Marseille), P. Pasquet, P. Picard, G. Morin, P. Navarranne, P. Laboureur, C. Grousset et C. Jest (Toulon), P. Gallais, G. Cardaire et G. Miletto (Marseille), R. Naquet, J. et A. Roger (Marseille), J. Bert, H. et Y. Gastaut (Marseille).

Vendredi 11 : Discussion par l'auditoire des données apportées par chaque contributeur.

Samedi 12 : Elaboration des conclusions communes destinées à être publiées.

Inscriptions (Secrétariat du Colloque, Laboratoire central d'électro-encéphalographie, Hôpital de la Timone, boulevard, Baille, Marseille).

LIGUE NATIONALE BELGE D'HYGIENE MENTALE

La *Ligue nationale belge d'hygiène mentale* tiendra sa *Huitième Journée nationale*, le dimanche *27 novembre 1955*, à *Namur*.

Ces réunions annuelles ont un but d'information et de propagande. Les Journées antérieures, inaugurées à Anvers en 1948, et tenues depuis lors successivement à Liége, Bruxelles, Gand, Charleroi et Louvain, ont obtenu un succès toujours croissant auprès d'un public nombreux, composé de personnalités officielles, de représentants des pouvoirs publics, de personnes d'œuvres, de médecins, de pédagogues, d'infirmières et d'auxiliaires sociales.

La Journée nationale de novembre 1955 aura pour thème :

« *L'hygiène mentale à l'école* »

Pour tous renseignements, s'adresser au *secrétariat de la Ligue nationale belge d'hygiène mentale*, chaussée de Vleurgat, 98, à *Bruxelles*.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MEDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

TOME IV

(1931 à 1950)

Un volume de 858 pages..... **5.000 fr.**

(plus frais d'envoi : 200 fr.)

PRÉCÉDEMMENT PARUS :

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières » constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuro-psychiatriques publiés depuis 1843.

COLLECTIONS DU

Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale

depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte (Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

Médecine mentale de guerre. N° spécial, décembre 1917

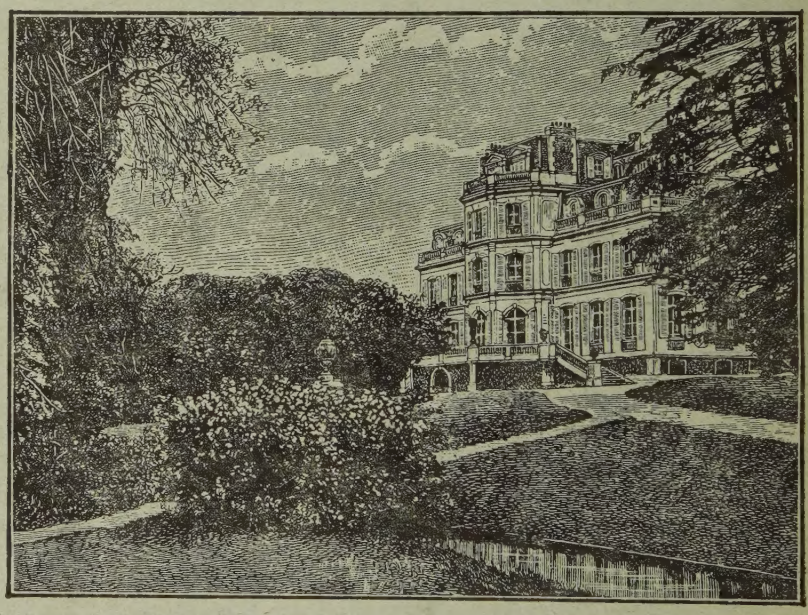
Conditions sur demande

CLINIQUE MEDICALE
DU
CHATEAU DE GARCHES

2, Grande-Rue, GARCHES (S.-&-O.)

Téléph. : MOLITOR 55-55

Docteur GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris



Thérapeutiques des affections nerveuses

Electro-choc - Insuline, etc. - Narco-analyse - Psychothérapie

Traitements de l'Alcoolisme

CONVALESCENCES - RÉGIMES
MÉDECINE GÉNÉRALE

INSTALLATIONS TECHNIQUES MODERNES
GRAND CONFORT - BEAU PARC DE SIX HECTARES

Published in France.

SHL
WITHDRAWN
21 OCT 1955